

**Diklat**

# **DASAR KESEHATAN REPRODUKSI**



Oleh :

**Delfriana Ayu A, SST, M.Kes**

**NIDN : 1310128801**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSTAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA  
MEDAN**

**2017**



## SURAT REKOMENDASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa peneliti saudara :

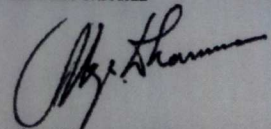
Nama : Delfriana Ayu A, SST, M.Kes  
NIDN : 1310128801  
Tempat/Tanggal Lahir : Medan, 10 Desember 1988  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Pangkat/Gol. : Penata Muda Tk. I/III/b  
Unit Kerja : Fakultas Kesehatan Masyarakat UIN Sumatera Utara  
Judul Diktat : Dasar Kesehatan Reproduksi

Telah memenuhi syarat sebagai bahan ajar setelah membaca dan memberi masukan serta saran-saran terlebih dahulu.

Demikian surat rekomendasi ini diberikan untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Medan, Juni 2018

Konsultan



dr. Surya Dharma, MPH  
NI.195804041987021001



## **KATA PENGANTAR**

**Bismillahirrahmanirrahim...**

Alhamdulillah wa syukurillah penulis panjatkan puji syukur kepada Allah SWT berkat rahmat, pengetahuan dan karuniaNya penulis dapat menuliskan dan menghasilkan Diktat Dasar Kesehatan Reproduksi.

Matakuliah ini adalah salah satu matakuliah yang diajarkan pada kurikulum Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat UIN Sumatera Utara Medan dan diajarkan pada kelas semester 2.

Penulis mengucapkan banyak terimakasih atas dukungan dan bantuan para pimpinan, rekan-rekan dosen, teman sejawat di lingkungan Fakultas Kesehatan Masyarakat serta UIN Sumatera Utara Medan atas terselesaikannya Diktat ini. Semoga Diktat ini dapat membantu dan mendukung PBM di Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Penulis juga menyadari masih adanya kekurangan dan keterbatasan pada Diktat ini, maka penulis tetap mengharapkan kritik dan saran dari berbagai pihak agar Diktat ini bisa dikembangkan dikemudian hari. Akhir kata semoga segala upaya yang penulis lakukan ini bermanfaat bagi kita semua dan Semoga Allah SWT berkenan memberikan berkahnya sehingga semua harapan dan cita-cita penulis dapat terkabulkan. Amin

Medan, Desember 2017

**Delfriana Ayu A, SST, M.Kes**



## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI .....	ii
KEGIATAN BELAJAR I .....	1
KEGIATAN BELAJAR II .....	22
KEGIATAN BELAJAR III .....	35
KEGIATAN BELAJAR IV .....	47
KEGIATAN BELAJAR V .....	54
KEGIATAN BELAJAR VI .....	65
KEGIATAN BELAJAR VII .....	88
KEGIATAN BELAJAR VIII .....	100
KEGIATAN BELAJAR IX .....	110

## DAFTAR PUSTAKA



**KEGIATAN BELAJAR**

1

**KONSEP DASAR, DEFINISI, HAK-HAK REPRODUKSI, DAN RUANG LINGKUP KESEHATAN REPRODUKSI****Tujuan :**

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk :

1. Menjelaskan Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi
2. Menjelaskan Definisi Kesehatan Reproduksi
3. Menjelaskan Hak-hak Reproduksi
4. Menjelaskan Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

**Materi Pembelajaran****1) Pengertian Kesehatan Reproduksi**

Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam suatu yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya (WHO).

Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan tidak semata-mata ketiadaan penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta proses (ICPD, 1994).

Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan sehat mental, fisik dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan serta dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan spiritual dan material yang layak, bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, spiritual yang memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan antara keluarga dengan masyarakat dan lingkungan (BKKBN, 1996).



Kesehatan Reproduksi adalah kemampuan seseorang untuk dapat memanfaatkan alat reproduksi dengan mengukur kesuburannya dapat menjalani kehamilannya dan persalinan serta aman mendapatkan bayi tanpa resiko apapun (Well Health Mother Baby) dan selanjutnya mengembalikan kesehatan dalam batas normal (Manuaba, 1998).

Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi yang pemikiran kesehatan reproduksi bukannya kondisi yang bebas dari penyakit melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah (Depkes RI, 2000).

## 2) Tujuan Kesehatan Reproduksi

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 Kesehatan Reproduksi yang menjamin setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan dapat dipertanggung jawabkan, dimana peraturan ini juga menjamin kesehatan perempuan dalam usia reproduksi sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat, berkualitas yang nantinya berdampak pada penurunan Angka Kematian Ibu. Didalam memberikan pelayanan Kesehatan Reproduksi ada dua tujuan yang akan dicapai, yaitu tujuan utama dan tujuan khusus.

### 1. Tujuan Utama

Memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak-hak reproduksi perempuan sehingga dapat meningkatkan kemandirian perempuan dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya yang pada akhirnya dapat membawa pada peningkatan kualitas kehidupannya.

### 2. Tujuan Khusus

- a) Meningkatnya kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya.
- b) Meningkatnya hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan kapan hamil, jumlah dan jarak kehamilan.



- c) Meningkatnya peran dan tanggung jawab sosial pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan pasangan dan anaknya.

Dukungan yang menunjang wanita untuk membuat keputusan yang berkaitan dengan proses reproduksi, berupa pengadaan informasi dan pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan untuk mencapai kesehatan reproduksi secara optimal.

Tujuan diatas ditunjang oleh undang-undang kesehatan No. 23/1992, bab II pasal 3 yang menyatakan: "Penyelenggaraan upaya kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat", dalam Bab III Pasal 4 "Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

## **SASARAN KESEHATAN REPRODUKSI**

Terdapat dua sasaran Kesehatan Reproduksi yang akan dijangkau dalam memberikan pelayanan, yaitu sasaran utama dan sasaran antara.

### **1. Sasaran Utama.**

Laki-laki dan perempuan usia subur, remaja putra dan putri yang belum menikah.

Kelompok resiko: pekerja seks, masyarakat yang termasuk keluarga prasejahtera.

Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja.

- a) Seksualitas.
- b) Beresiko/menderita HIV/AIDS.
- c) Beresiko dan pengguna NAPZA.

### **2. Sasaran Antara**

Petugas kesehatan : Dokter Ahli, Dokter Umum, Bidan, Perawat, Pemberi Layanan

Berbasis Masyarakat.

- a) Kader Kesehatan, Dukun.
- b) Tokoh Masyarakat.



c) Tokoh Agama.

d) LSM.

## KOMPONEN KESEHATAN REPRODUKSI

Strategi kesehatan reproduksi menurut komponen pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dapat diuraikan sebagai berikut:

### 1) Komponen Kesejahteraan Ibu dan Anak

Peristiwa kehamilan, persalinan dan nifas merupakan kurun kehidupan wanita yang paling tinggi resikonya karena dapat membawa kematian, makna kematian seorang ibu bukan hanya satu anggota keluarga tetapi hilangnya kehidupan sebuah keluarga. Peran ibu sebagai wakil pimpinan rumah tangga, ibu dari anak-anak yang dilahirkan, istri dari suami, anak bagi seorang ibu yang melahirkan, ataupun tulang punggung bagi sebuah keluarga, semua sulit untuk digantikan. Tindakan untuk mengurangi terjadinya kematian ibu karena kehamilan dan persalinan, harus dilakukan pemantauan sejak dini agar dapat mengambil tindakan yang cepat dan tepat sebelum berlanjut pada keadaan kebidanan darurat. Upaya intervensi dapat berupa pelayanan ante natal, pelayanan persalinan dan masa nifas. Upaya intervensi tersebut merupakan dimensi pertama dari paradigma baru pendekatan secara Continuum of Care yaitu sejak kehamilan, persalinan, nifas, hari-hari dan tahun-tahun kehidupan perempuan. Dimensi kedua adalah tempat yaitu menghubungkan berbagai tingkat pelayanan di rumah, masyarakat dan kesehatan. Informasi akurat perlu diberikan atas ketidaktahuan bahwa hubungan seks yang dilakukan, akan mengakibatkan kehamilan, dan bahwa tanpa menggunakan kontrasepsi kehamilan yang tidak diinginkan bisa terjadi, bila jalan keluar yang ditempuh dengan melakukan pengguguran maka hal ini akan mengancam jiwa ibu tersebut.

### 2) Komponen Keluarga Berencana

Komponen ini penting karena Indonesia menempati urutan keempat dengan jumlah penduduk terbanyak di Indonesia. Indonesia diprediksi



akan mendapat **“bonus demografi”** yaitu bonus yang dinikmati oleh suatu Negara sebagai akibat dari besarnya proporsi penduduk produktif (rentang 15–64 tahun) dalam evolusi kependudukan yang akan dialami dan diperkirakan terjadi pada tahun 2020–2030. Untuk mengantisipasi kemungkinan timbulnya masalah tersebut pemerintah mempersiapkan kondisi ini dengan Program Keluarga Berencana yang ditujukan pada upaya peningkatan kesejahteraan ibu dan kesejahteraan keluarga. Calon suami-istri agar merencanakan hidup berkeluarga atas dasar cinta kasih, serta pertimbangan rasional tentang masa depan yang baik bagi kehidupan suami istri dan anak-anak mereka dikemudian hari. Keluarga berencana bukan hanya sebagai upaya/strategi kependudukan dalam menekan pertumbuhan penduduk agar sesuai dengan daya dukung lingkungan tetapi juga merupakan strategi bidang kesehatan dalam upaya peningkatan kesehatan ibu melalui pengaturan kapan ingin mempunyai anak, mengatur jarak anak dan merencanakan jumlah kelahiran nantinya. Sehingga seorang ibu mempunyai kesempatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan dirinya. Pelayanan yang berkualitas juga perlu ditingkatkan dengan lebih memperhatikan pandangan klien terhadap pelayanan kesehatan yang ada.

### 3) **Komponen Pencegahan dan Penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS.**

Pencegahan dan penanganan infeksi ditujukan pada penyakit dan gangguan yang berdampak pada saluran reproduksi. Baik yang disebabkan penyakit infeksi yang non PMS. Seperti Tuberculosis, Malaria, Filariasis, maupun infeksi yang tergolong penyakit menular seksual, seperti gonorrhoea, sifilis, herpes genital, chlamydia, ataupun kondisi infeksi yang mengakibatkan infeksi rongga panggul (pelvic inflammatory diseases/PID) seperti penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) yang tidak steril. Semua contoh penyakit tersebut bila tidak mendapatkan penanganan yang baik dapat berakibat seumur hidup pada



wanita maupun pria, yaitu misalnya kemandulan, hal ini akan menurunkan kualitas hidup wanita maupun pria.

#### **4) Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja**

Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi juga perlu diarahkan pada masa remaja, dimana terjadi peralihan dari masa anak menjadi dewasa, dan perubahan-perubahan dari bentuk dan fungsi tubuh terjadi dalam waktu relatif cepat. Hal ini ditandai dengan berkembangnya tanda seks sekunder dan berkembangnya jasmani secara pesat, menyebabkan remaja secara fisik mampu melakukan fungsi proses reproduksi tetapi belum dapat mempertanggung jawabkan akibat dari proses reproduksi tersebut. Informasi dan penyuluhan, konseling dan pelayanan klinis perlu ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini. Selain itu lingkungan keluarga dan masyarakat harus ikut peduli dengan kondisi remaja ini sehingga dapat membantu memberikan jalan keluar bila remaja mengalami masalah tidak malah di salahkan, tetapi perlu diarahkan dan dicarikan jalan keluar yang baik dengan mengenalkan tempat-tempat pelayanan kesehatan reproduksi remaja untuk mendapatkan konseling ataupun pelayanan klinis sehingga remaja masih dapat melanjutkan kehidupannya.

#### **5) Komponen Usia Lanjut**

Melengkapi siklus kehidupan keluarga, komponen ini akan mempromosikan peningkatan kualitas penduduk usia lanjut pada saat menjelang dan setelah akhir kurun usia reproduksi (menopause/andropause). Upaya pencegahan dapat dilakukan melalui skrining keganasan organ reproduksi misalnya kanker rahim pada wanita, kanker prostat pada pria serta pencegahan defisiensi hormonal dan akibatnya seperti kerapuhan tulang dan lain-lain. Hasil yang diharapkan dari pelaksanaan kesehatan reproduksi tersebut adalah peningkatan akses:



Informasi secara menyeluruh mengenai seksualitas dan reproduksi, masalah kesehatan reproduksi, manfaat dan resiko obat, alat, perawatan, tindakan intervensi, dan bagaimana kemampuan memilih dengan tepat sangat diperlukan. Paket pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas yang menjawab kebutuhan wanita maupun pria. Kontrasepsi (termasuk sterilisasi) yang aman dan efektif. Kehamilan dan persalinan yang direncanakan dan aman. Penanganan tindakan pengguguran kandungan tidak aman. Pencegahan dan penanganan sebabkemandulan (ISR/PMS). Informasi secara menyeluruh termasuk dampak terhadap otot dan tulang, libido, dan perlunya skrining keganasan (kanker) organ reproduksi. Pengukuran adanya perubahan yang positif terhadap hasil akhir diatas akan menunjukkan kemajuan pencapaian tujuan pelayanan kesehatan reproduksi yang menjawab kebutuhan kesehatan reproduksi individu, suami-istri dan keluarga.

### **KESEHATAN REPRODUKSI DALAM SIKLUS HIDUP PEREMPUAN**

Konsep Kesehatan Reproduksi menggunakan pendekatan siklus kehidupan perempuan (life-cycle-approach) atau pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan sejak dari janin sampai liang kubur (from womb to tomb) atau biasa juga disebut dengan "Continuum of care women cycle". Kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan sepanjang siklus kehidupan perempuan hal ini disebabkan status kesehatan perempuan semasa kanak-kanak dan remaja mempengaruhi kondisi kesehatan saat memasuki masa reproduksi yaitu saat hamil, bersalin, dan masa nifas. Hambatan sosial, budaya, dan ekonomi yang dialami sepanjang hidup perempuan merupakan akar masalah yang mendasar yang menyebabkan buruknya kesehatan perempuan saat hamil, bersalin, dan masa nifas. Tingkat pendidikan, kualitas dan kuantitas makanan, nilai dan sikap, sistem kesehatan yang tersedia dan bisa diakses, situasi ekonomi, serta kualitas hubungan seksualnya mempengaruhi perempuan dalam menjalankan masa reproduksinya.



Perhatikan tabel berikut:

<b>Masa konsepsi</b>	Masa setelah bersatunya sel telur dengan sperma kemudian janin akan tumbuh menjadi morulla, blastula, gastrula, neurulla yang akhirnya menjadi janin dan dengan terbentuknya placenta akan terjadi interaksi antara ibu dan janin.
<b>Masa bayi dan anak</b>	Masa bayi dan anak adalah masa pertumbuhan dan perkembangan yang sangat cepat, Tumbuh kembang motorik kasar dan motorik halus akan berjalan dengan baik bila kesehatan bayi dan anak dalam keadaan prima.
<b>Masa Remaja</b>	Masa remaja pada masa ini terjadi perubahan fisik dan psikologis. Perubahan fisik yang terjadi diantaranya adalah tumbuhnya rambut kemaluan (pubeshe), buah dada mulai tumbuh (thelarche), pertumbuhan tinggi badan yang cepat (maximal growth), mendapatkan haid yang pertama kali (menarche)
<b>Masa Reproduksi</b>	Masa dimana perempuan menjalankan tugas kehidupannya yaitu mulai hamil, melahirkan, masa nifas dan menyusui dan masa antara yaitu merencanakan jumlah atau jarak anak dengan menggunakan alat kontrasepsi.
<b>Masa Usia lanjut</b>	Masa usia lanjut yaitu masa dimana hormone Estrogen sudah mulai menurun atau habis dikarenakan produksi sel telur juga sudah mulai menurun atau habis. Dengan menurunnya hormon estrogen akan terjadi perubahan fisik dan psikologis pada perempuan diantaranya perubahan pada organ reproduksi, perubahan pada metabolisme tubuh dan turunnya massa tulang (osteoporosis)



## **FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN REPRODUKSI**

Banyak faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi. Faktor-faktor tersebut secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi empat golongan yang dapat berdampak buruk bagi kesehatan reproduksi, yaitu:

### **1) Faktor Demografis – Ekonomi**

Faktor ekonomi dapat mempengaruhi Kesehatan Reproduksi yaitu kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, usia pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil. Sedangkan faktor demografi yang dapat mempengaruhi Kesehatan Reproduksi adalah akses terhadap pelayanan kesehatan, rasio remaja tidak sekolah, lokasi/tempat tinggal yang terpencil.

### **2) Faktor Budaya dan Lingkungan**

Faktor budaya dan lingkungan yang mempengaruhi praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain, pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan tempat tinggal dan cara bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak dan tanggung jawab reproduksi individu, serta dukungan atau komitmen politik.

### **3) Faktor Psikologis**

Sebagai contoh rasa rendah diri ("low self esteem"), tekanan teman sebaya ("peer pressure"), tindak kekerasan dirumah/ lingkungan terdekat dan dampak adanya keretakan orang tua dan remaja, depresi karena ketidak seimbangan hormonal, rasa tidak berharga wanita terhadap pria yang membeli kebebasan secara materi.



#### 4) Faktor Biologis

Faktor biologis mencakup ketidak sempurnaan organ reproduksi atau cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual, keadaan gizi buruk kronis, anemia, radang panggul atau adanya keganasan pada alat reproduksi. Dari semua faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi diatas dapat memberikan dampak buruk terhadap kesehatan perempuan, oleh karena itu perlu adanya penanganan yang baik, dengan harapan semua perempuan mendapatkan hak-hak reproduksinya dan menjadikan kehidupan reproduksi menjadi lebih berkualitas.

#### RUANG LINGKUP KESEHATAN REPRODUKSI

Ruang lingkup kesehatan reproduksi mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir sampai mati (life cycle approach) agar di peroleh sasaran yang pasti dan komponen pelayanan yang jelas serta dilaksanakan secara terpadu dan berkualitas dengan memperhatikan hak reproduksi perorangan dan bertumpu pada program pelayanan yang tersedia.

##### 1) Konsepsi

Perlakuan sama antara janin laki-laki dan perempuan, Pelayanan ANC, persalinan, nifas dan BBL yang aman.

##### 2) Bayi dan Anak

Pemberian ASI eksklusif dan penyapihan yang layak, an pemberian makanan dengan gizi seimbang, Imunisasi, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), Pencegahan dan penanggulangan kekerasan pada anak, Pendidikan dan kesempatan untuk memperoleh pendidikan yang sama pada anak laki-laki dan anak perempuan.



### 3) Remaja

Pemberian Gizi seimbang, Informasi Kesehatan Reproduksi yang adequate, Pencegahan kekerasan sosial, Mencegah ketergantungan NAPZA, Perkawinan usia yang wajar, Pendidikan dan peningkatan keterampilan, Peningkatan penghargaan diri, Peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman.

### 4) Usia Subur

Pemeliharaan Kehamilan dan pertolongan persalinan yang aman, Pencegahan kecacatan dan kematian pada ibu dan bayi, Menggunakan kontrasepsi untuk mengatur jarak kelahiran dan jumlah kehamilan, Pencegahan terhadap PMS atau HIV/AIDS, Pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, Pencegahan penanggulangan masalah aborsi, Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim, Pencegahan dan manajemen infertilitas.

### 5) Usia Lanjut

Perhatian terhadap menopause/andropause, Perhatian terhadap kemungkinan penyakit utama degeneratif termasuk rabun, gangguan metabolisme tubuh, gangguan mobilitas dan osteoporosis, Deteksi dini kanker rahim dan kanker prostat. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi secara "**lebih luas**", meliputi: Masalah kesehatan reproduksi remaja yaitu pada saat pertama anak perempuan mengalami haid/menarche yang bisa beresiko timbulnya anemia, perilaku seksual bila kurang pengetahuan dapat terjadi kehamilan diluar nikah, abortus tidak aman, tertular penyakit menular seksual (PMS), termasuk HIV/AIDS. Remaja saat menginjak masa dewasa dan melakukan perkawinan, dan ternyata belum mempunyai pengetahuan yang cukup untuk memelihara kehamilannya maka dapat mengakibatkan terjadinya risiko terhadap kehamilannya (persalinan sebelum waktunya) yang akhirnya akan menimbulkan risiko terhadap kesehatan ibu hamil dan janinnya. Dalam kesehatan reproduksi mengimplikasikan seseorang berhak atas kehidupan seksual yang



memuaskan dan aman. Seseorang berhak terbebas dari kemungkinan tertular penyakit infeksi menular seksual yang bisa berpengaruh pada fungsi organ reproduksi, dan terbebas dari paksaan. Hubungan seksual dilakukan dengan saling memahami dan sesuai etika serta budaya yang berlaku.

## **MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI**

Beberapa masalah dapat terjadi pada setiap tahapan siklus kehidupan perempuan, dibawah ini diuraikan masalah yang mungkin terjadi pada setiap siklus kehidupan.

### **1) Masalah reproduksi**

Kesehatan, morbiditas (gangguan kesehatan) dan kematian perempuan yang berkaitan dengan kehamilan. Termasuk didalamnya juga masalah gizi dan anemia dikalangan perempuan, penyebab serta komplikasi dari kehamilan, masalah kemandulan dan ketidaksuburan; Peranan atau kendali sosial budaya terhadap masalah reproduksi. Maksudnya bagaimana pandangan masyarakat terhadap kesuburan dan kemandulan, nilai anak dan keluarga, sikap masyarakat terhadap perempuan hamil. Intervensi pemerintah dan negara terhadap masalah reproduksi. Misalnya program KB, undang-undang yang berkaitan dengan masalah genetik, dan lain sebagainya. Tersedianya pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, serta terjangkau secara ekonomi oleh kelompok perempuan dan anak-anak. Kesehatan bayi dan anak-anak terutama bayi dibawah umur lima tahun. Dampak pembangunan ekonomi, industrialisasi dan perubahan lingkungan terhadap kesehatan reproduksi.

### **2) Masalah gender dan seksualitas**

Pengaturan negara terhadap masalah seksualitas. Maksudnya adalah peraturan dan kebijakan negara mengenai pornografi, pelacuran dan pendidikan seksualitas. Pengendalian sosio-budaya terhadap masalah seksualitas, bagaimana norma-norma sosial yang berlaku



tentang perilaku seks, homoseks, poligami, dan perceraian. Seksualitas dikalangan remaja. Status dan peran perempuan. Perlindungan terhadap perempuan pekerja.

## HAK-HAK KESEHATAN REPRODUKSI

### 3) Masalah kekerasan dan perkosaan terhadap perempuan

Kecenderungan penggunaan kekerasan secara sengaja kepada perempuan, perkosaan, serta dampaknya terhadap korban Norma sosial mengenai kekerasan dalam rumah tangga, serta mengenai berbagai tindak kekerasan terhadap perempuan. Sikap masyarakat mengenai kekerasan perkosaan terhadap pelacur. Berbagai langkah untuk mengatasi masalah- masalah tersebut.

### 4) Masalah Penyakit yang Ditularkan Melalui Hubungan Seksual

Masalah penyakit menular seksual yang lama, seperti sifilis, dan gonorrhea. Masalah penyakit menular seksual yang relatif baru seperti chlamydia, dan herpes. Masalah HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/Acquired immunodeficiency Syndrome); Dampak sosial dan ekonomi dari penyakit menular seksual. Kebijakan dan program pemerintah dalam mengatasi masalah tersebut (termasuk penyediaan pelayanan kesehatan bagi pelacur/Penjaja Seks Komersial). Sikap masyarakat terhadap penyakit menular seksual.

### 5) Masalah Pelacuran

Demografi pekerja seksual komersial atau pelacuran. Faktor-faktor yang mendorong pelacuran dan sikap masyarakat terhadap pelacuran. Dampaknya terhadap kesehatan reproduksi, baik bagi pelacur itu sendiri maupun bagi konsumennya dan keluarganya.

### 6) Masalah Sekitar Teknologi

Teknologi reproduksi dengan bantuan (inseminasi buatan dan bayi tabung). Pemilihan bayi berdasarkan jenis kelamin (gender fetal screening). Penapisan genetik (genetic screening). Keterjangkauan dan



kesamaan kesempatan. Etika dan hukum yang berkaitan dengan masalah teknologi reproduksi ini.

## **HAK-HAK KESEHATAN REPRODUKSI**

Hak reproduksi perempuan sangat jarang dibicarakan, pada kenyataannya perempuan lebih memahami dan menjalankan kewajibannya misalnya sebagai ibu rumah tangga, mendidik anak dan sebagai istri dari pada membicarakan tentang hak-hak reproduksinya.

### **Definisi Hak Kesehatan Reproduksi**

Hak adalah kewenangan yang melekat pada diri untuk melakukan atau tidak melakukan, memperoleh atau tidak memperoleh sesuatu. Kesadaran tentang hak sebagai manusia dan sebagai perempuan merupakan kekuatan bagi perempuan untuk melakukan berbagai aktivitas bagi kepentingan diri, keluarga, dan masyarakat. Sedangkan Reproduksi adalah menghasilkan kembali atau kemampuan perempuan untuk menghasilkan keturunan secara berulang.

### **Definisi Hak-hak Reproduksi secara Spesifik sebagai berikut**

Hak asasi semua pasangan dan pribadi untuk menentukan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah anak, dan menentukan waktu kelahiran anak-mereka. Mempunyai informasi dan cara untuk memperoleh anak dan hak untuk mencapai standar tertinggi kesehatan seksual dan reproduksinya, dan dapat membuat keputusan mengenai reproduksi yang bebas diskriminasi, paksaan, dan kekerasan. Hak reproduksi perorangan adalah hak yang dimiliki oleh setiap orang, baik laki-laki maupun perempuan (tanpa memandang perbedaan kelas sosial, suku, umur, agama, dll) untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab (kepada diri, keluarga, dan masyarakat) mengenai jumlah anak, jarak antar anak, serta penentuan waktu kelahiran anak dan akan melahirkan. Hak reproduksi ini didasarkan pada pengakuan akan hak-hak asasi manusia yang diakui di dunia internasional.



### **Tujuan Hak Kesehatan Reproduksi**

Tujuan kesehatan dan hak reproduksi adalah sebagai berikut: Untuk memastikan informasi yang menyeluruh dan faktual serta beragam tentang pelayanan terhadap pemeliharaan kesehatan reproduksi, ketersediannya, keterjangkauan, dan dapat diterima serta cocok untuk semua. Untuk memungkinkan dan mendukung keputusan secara sukarela tetapi bertanggung jawab dalam hal kehamilan dan penggunaan metode keluarga berencana pilihan mereka, dan metode lain sesuai pilihan mereka.

### **Hak-Hak Reproduksi:**

Hak reproduksi merupakan bagian dari hak azasi manusia yang melekat pada manusia sejak lahir dan dilindungi keberadaannya. Sehingga pengekangan terhadap hak reproduksi berarti pengekangan terhadap hak azasi manusia. Selain itu orang tidak boleh mendapatkan perlakuan diskriminatif berkaitan dengan kesehatan reproduksi karena ras, jenis kelamin, kondisi sosial ekonomi, keyakinan/agamanya dan kebangsaannya. Dibawah ini diuraikan hak-hak Kesehatan Reproduksi.

### **Hak Kesehatan Reproduksi (ICPD CAIRO 1994)**

- a) Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.
- b) Hak mendapat pelayanan dan kesehatan reproduksi.
- c) Hak untuk kebebasan berfikir dan membuat keputusan tentang kesehatan reproduksinya.
- d) Hak untuk memutuskan jumlah dan jarak kelahiran anak.
- e) Hak untuk hidup dan terbebas dari resiko kematian karena kehamilan, kelahiran karena masalah jender.
- f) Hak atas kebebasan dan pelayanan dalam pelayanan kesehatan reproduksi.



- g) Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk yang menyangkut kesehatan reproduksi.
- h) Hak untuk mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan reproduksi.
- i) Hak atas kerahasiaan pribadi dalam menjalankan kehidupan dalam reproduksinya.
- j) Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.
- k) Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam berpolitik yang bernuansa kesehatan reproduksi.
- l) Hak atas kebebasan dari segala bentuk diskriminasi dalam kesehatan reproduksi.

Diatas telah dijelaskan hak-hak reproduksi menurut ICPD tahun 1994, sedangkan **Hak- Hak Kesehatan Reproduksi menurut Depkes RI (2002)** hak kesehatan reproduksi dapat dijabarkan secara praktis, antara lain :

- a) Setiap orang berhak memperoleh standar pelayanan kesehatan reproduksi yang terbaik. Ini berarti penyedia pelayanan harus memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dengan memperhatikan kebutuhan klien, sehingga menjamin keselamatan dan keamanan klien.
- b) Setiap orang, perempuan, dan laki-laki (sebagai pasangan atau sebagai individu) berhak memperoleh informasi selengkap-lengkapny tentang seksualitas, reproduksi dan manfaat serta efek samping obat-obatan, alat dan tindakan medis yang digunakan untuk pelayanan dan/atau mengatasi masalah kesehatan reproduksi.
- c) Setiap orang memiliki hak untuk memperoleh pelayanan KB yang, efektif, terjangkau, dapat diterima, sesuai dengan pilihan, tanpa paksaan dan tidak melawan hukum.
- d) Setiap perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya, yang memungkinkannya sehat dan



Latihan selamat dalam menjalani kehamilan dan persalinan, serta memperoleh bayi yang sehat.

- e) Setiap anggota pasangan suami-isteri berhak memiliki hubungan yang didasari penghargaan.
- f) Terhadap pasangan masing-masing dan dilakukan dalam situasi dan kondisi yang diinginkan bersama tanpa unsur pemaksaan, ancaman, dan kekerasan.
- g) Setiap remaja, lelaki maupun perempuan, berhak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi, sehingga dapat berperilaku sehat dalam menjalani kehidupan seksual yang bertanggung jawab.
- h) Tiap laki-laki dan perempuan berhak mendapat informasi dengan mudah, lengkap, dan akurat mengenai penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS.
- i) Pemerintah, lembaga donor dan masyarakat harus mengambil langkah yang tepat untuk menjamin semua pasangan dan individu yang menginginkan pelayanan kesehatan reproduksi dan kesehatan seksualnya terpenuhi.
- j) Hukum dan kebijakannya harus dibuat dan dijalankan untuk mencegah diskriminasi, pemaksaan dan kekerasan yang berhubungan dengan seksualitas dan masalah reproduksi
- k) Perempuan dan laki-laki harus bekerja sama untuk mengetahui haknya, mendorong agar pemerintah dapat melindungi hak-hak ini serta membangun dukungan atas hak tersebut melalui pendidikan dan advokasi.
- l) Konsep-konsep kesehatan reproduksi dan uraian hak-hak perempuan ini diambil dari hasil kerja International Women's Health Advocates Worldwide.

A. Kelompok remaja

B. Kelompok remaja lanjut

C. Remaja



**Latihan 1**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

Selanjutnya untuk mengetahui pemahaman Saudara terhadap materi yang telah dipelajari, Saudara dapat berlatih dengan menjawab soal dibawah ini.

- 1) Beberapa definisi Kesehatan Reproduksi menyatakan bahwa kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat fisik, mental dan kesejahteraan sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi. Selain seperti diuraikan diatas disebutkan juga disertai dengan Ketaqwaan terhadap Tuhan YME dengan hubungan yang serasi, selaras dan seimbang. Definisi tersebut diatas menurut ...?
  - A. WHO
  - B. ICPD
  - C. BKKBN
  - D. IBG. Manuaba
  - E. Depkes RI
- 2) "setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal" hal ini tercantum dalam ....
  - A. UU Kesehatan No.23/1992, bab II, pasal 1
  - B. UU Kesehatan No.23/1992, bab III, pasal 2
  - C. UU Kesehatan No.23/1992, bab II, pasal 3
  - D. UU Kesehatan No.23/1992, bab III, pasal 4
  - E. UU Kesehatan No.23/1992, bab II, pasal 5
- 3) Pelayanan Kesehatan Reproduksi, dalam setiap kegiatannya selalu ditujukan pada sasaran utama dari pelayanan kesehatan reproduksi, yaitu ...
  - A. Kelompok remaja
  - B. Kelompok usia lanjut
  - C. Bidan



- D. Perawat
  - E. Kader kesehatan
- 4) Upaya peningkatan kesejahteraan ibu dan kesejahteraan keluarga dengan mengatur kapan menginginkan mempunyai anak, mengatur jarak anak, dan mengatur jumlah anak, termasuk dalam komponen.....
- A. Komponen Kesejahteraan ibu dan kesejahteraan anak
  - B. Komponen Keluarga Berencana
  - C. Komponen Reproduksi Remaja
  - D. Komponen pengaturan Kesuburan
  - E. Komponen Kesejahteraan Keluarga
- 5) Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk yang menyangkut kesehatan reproduksi. Hak tersebut dicanangkan oleh ...
- A. ICPD
  - B. WHO
  - C. Depkes
  - D. BKKBN
  - E. IPPF
- 6) Setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang terstandar. Yang dimaksud dengan pernyataan tersebut adalah ...
- A. Mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi secara gratis
  - B. Mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas
  - C. Mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif
  - D. Mendapatkan pelayanan persalinan yang aman
  - E. Mendapatkan informasi kesehatan reproduksi yang baik



10. Pelaksanaan hak atas kebebasan dan secara bentuk diskriminasi
- 7) Kepercayaan "Banyak anak banyak rejeki" adalah praktek tradisional yang mempunyai pengaruh buruk terhadap Kesehatan reproduksi. Hal tersebut termasuk faktor ....
- A. Faktor ekonomi yang mempengaruhi kesehatan reproduksi
  - B. Faktor budaya dan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan reproduksi
  - C. Faktor psikologi yang mempengaruhi kesehatan reproduksi
  - D. Faktor biologis yang mempengaruhi kesehatan reproduksi
  - E. Faktor spiritual yang mempengaruhi kesehatan reproduksi
- 8) Kesehatan Reproduksi pada remaja sangat membutuhkan perhatian, karena remaja mengalami perubahan secara fisik maupun psikologisnya. Bila remaja sudah mendapatkan haid pertamanya (menarche) , maka remaja tersebut beresiko terjadi ....
- A. Anemia
  - B. Penyakit seksual menular
  - C. HIV/AIDS
  - D. Penurunan daya tahan tubuh
  - E. Kebingungan
- 9) Setiap remaja, lelaki maupun perempuan, berhak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi, sehingga dapat berperilaku sehat dalam menjalani kehidupan seksual yang bertanggung jawab. Pernyataan tersebut merupakan Hak-hak kesehatan reproduksi menurut ....
- A. WHO
  - B. ICPD
  - C. Depkes
  - D. Piagam PKBI
  - E. BKKBN



10) Pelaksanaan hak atas kebebasan dari segala bentuk diskriminasi tercermin dari :

- A. Perempuan mampu memutuskan berapa jumlah anaknya
- B. Informasi yang adekuat bagi suami istri tentang kespro
- C. Perempuan infertil dapat mengikuti bayi tabung
- D. Kontrasepsi bagi perempuan karena ia yang hamil, bersalin dan nifas
- E. Laki-laki mendapat pelayanan reproduksi



## KEGIATAN BELAJAR

2

### KONSEP DASAR GENDER

#### Tujuan :

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk :

- 1) Menjelaskan Pengertian Gender Dan Seksualitas
- 2) Menjelaskan Budaya Mempengaruhi Gender
- 3) Menjelaskan Diskriminasi Gender
- 4) Menjelaskan Isu Gender
- 5) Menjelaskan Pengarusutamaan Gender

### PENGERTIAN GENDER DAN SEKSUALITAS.

#### 1) Gender

Peran sosial dimana peran laki-laki dan perempuan ditentukan perbedaan fungsi Peran dan tanggung jawab laki-laki dan perempuan sebagai hasil konstruksi sosial yang dapat berubah atau diubah sesuai perubahan zaman peran dan kedudukan seseorang yang dikonstruksikan oleh masyarakat. dan budayanya karena seseorang lahir sebagai laki-laki atau perempuan. (WHO 1998).

Gender adalah pandangan masyarakat tentang perbedaan peran, fungsi dan tanggung jawab antara perempuan dan atau laki-laki yang merupakan hasil konstruksi sosial budaya dan dapat berubah dan atau diubah sesuai dengan perkembangan zaman.

Gender (Bahasa Inggris) yang diartikan sebagai jenis kelamin. Namun jenis kelamin di sini bukan seks secara biologis, melainkan sosial budaya dan psikologis, tetapi lebih memfokuskan perbedaan peranan antara pria dengan wanita, yang dibentuk oleh masyarakat sesuai dengan norma sosial dan nilai sosial budaya masyarakat yang bersangkutan.



## 2) Seks ( Jenis Kelamin )

Jenis kelamin merupakan perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. jenis kelamin berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, dimana laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui.

Seks adalah perbedaan jenis kelamin yang telah ditentukan oleh Allah SWT berdasarkan fungsi biologis. Seks berarti pria ataupun wanita yang pembedaannya berdasar pada jenis kelamin, sex lebih merujuk pada perbedaan antara pria dan wanita berdasar pada jenis kelamin yang ditandai oleh perbedaan anatomi tubuh dan genetiknya. Perbedaan seperti ini lebih sering disebut sebagai perbedaan secara biologis atau bersifat kodrati dan sudah melekat pada masing-masing individu sejak lahir.

### PERBEDAAN GENDER DAN SEKS (JENIS KELAMIN)

SEKS	CONTOH	GENDER	CONTOH
Tidak dapat di ubah	Alat kelamin	Dapat di ubah	Peran dalam kegiatan sehari-hari
Tidak dapat di pertukarkan	Jakun pada laki-laki, payudara pada perempuan	Dapat di pertukarkan	Peran istri dapat digantikan suami dalam mengasuh anak, memasak dll
Berlaku sepanjang masa	Status sebagai lakilaki dan perempuan tidak pernah berubah sampai kita mati	Tergantung kepada kebudayaan	Sikap dan perilaku keluarga lebih mengutamakan laki – laki daripada perempuan selalu
Berlaku dimanapun berada	Dirumah, di kampus ataupun di	Tergantung pada budaya setempat	Pembatasan kesempatan di bidang



	mana sorang laki-laki tetap lakilaki dan perempuan tetap perempuan		pekerjaan terhadap perempuan di banding lakilaki karena budaya setempat
<b>Merupakan kodrat Tuhan</b>	Ciri utama laki-laki berbeda dengan perempuan	Bukan merupakan kodrat Tuhan	Sifat atau mentalitas antara lelaki dengan perempuan bisa sama
<b>Ciptaan Tuhan</b>	Perempuan bisa haid, hamil, melahirkan dan menyusui sedangkan laki-laki tidak bisa	Buatan Manusia	Laki-laki dan perempuan berhak menjadi calon ketua RT, RW, kepala desa bahkan presiden

### Budaya yang Mempengaruhi Gender

Sebagian besar masyarakat menganut kepercayaan yang salah tentang arti menjadi seorang wanita, dengan akibat yang membahayakan kesehatan wanita.

Setiap masyarakat mengharapkan wanita dan pria untuk berpikir, berperasaan dan bertindak dengan pola-pola tertentu dengan alasan mereka dilahirkan sebagai wanita/pria. Contohnya wanita diharapkan untuk menyiapkan masakan, merawat anak-anak dan suami. Sedangkan pria bertugas memberikan kesejahteraan bagi keluarga serta melindungi keluarga dari ancaman.

Gender dan kegiatan yang dihubungkan dengan jenis kelamin, adalah hasil rekayasa masyarakat. Masyarakat menghubungkan jenis kelamin seseorang dengan perilaku tertentu yang seharusnya dilakukan biasanya disebut dengan area "kegiatan wanita" dan "kegiatan laki-laki".

Kegiatan lain tidak sama dari satu daerah ke daerah lain diseluruh dunia, tergantung pada kebiasaan, hukum dan agama yang dianut oleh masyarakat tersebut.



Peran jenis kelamin bahkan bisa tidak sama didalam suatu masyarakat, tergantung pada tingkat pendidikan, suku dan umurnya, contohnya: di dalam suatu masyarakat, wanita dari suku tertentu biasanya bekerja menjadi pembantu rumah tangga, sedang wanita lain mempunyai pilihan yang lebih luas tentang pekerjaan yang bisa mereka pegang. Peran gender diajarkan secara turun temurun dari orang tua ke anaknya. Sejak anak berusia muda, orang tua telah memberlakukan anak perempuan dan laki-laki berbeda, meskipun kadang tanpa mereka sadari.

### **Diskriminasi Gender**

Pada hakikatnya, manusia memiliki kedudukan yang setara antara laki-laki dan perempuan. Keduanya diciptakan dalam derajat, harkat, dan martabat yang sama. Namun dalam perjalanan kehidupan manusia, banyak terjadi perubahan peran dan status atas keduanya, terutama dalam masyarakat. Proses tersebut lama kelamaan menjadi kebiasaan dan membudaya. Dan berdampak pada terciptanya perlakuan diskriminatif terhadap salah satu jenis kelamin sehingga muncul istilah gender yang mengacu pada perbedaan peran antara laki-laki dan perempuan yang terbentuk dari proses perubahan peran dan status tadi baik secara sosial ataupun budaya.

**Diskriminasi:** adalah pelayanan yang tidak adil terhadap individu tertentu, di mana layanan ini dibuat berdasarkan karakteristik yang diwakili oleh individu tersebut. Diskriminasi merupakan suatu kejadian yang biasa dijumpai dalam masyarakat manusia, ini disebabkan karena kecenderungan manusia untuk membeda-bedakan yang lain. Inti dari diskriminasi adalah perlakuan berbeda.

Akibat pelekatan sifat-sifat gender tersebut, timbul masalah ketidakadilan (diskriminasi) gender, yaitu :

#### **a) Marginalisasi (Peminggiran)**

Proses marginalisasi (peminggiran/pemiskinan) yang mengakibatkan kemiskinan, banyak terjadi dalam masyarakat.



Marginalisasi perempuan sebagai salah satu bentuk ketidakadilan gender. Sebagai contoh, banyak pekerja perempuan tersingkir dan menjadi miskin akibat dari program pembangunan seperti internsifikasi pertanian yang hanya memfokuskan petani laki-laki. Perempuan dipinggirkan dari berbagai jenis kegiatan pertanian dan industri yang lebih memerlukan keterampilan yang biasanya lebih banyak dimiliki laki-laki. Selain itu perkembangan teknologi telah menyebabkan apa yang semula dikerjakan secara manual oleh perempuan diambil alih oleh mesin yang umumnya dikerjakan oleh tenaga laki-laki. Beberapa contoh marginalisasi yaitu pemupukan dan pengendalian hama dengan teknologi baru laki-laki yang mengerjakan, pemotongan padi dengan peralatan sabit, mesin diasumsikan hanya laki-laki yang dapat mengerjakan, menggantikan tangan perempuan dengan alat panen ani-ani, usaha konveksi, pembantu rumah tangga menyerap lebih banyak perempuan dari pada laki-laki.

#### *b) Subordinasi (Penomorduaan)*

Subordinasi pada dasarnya adalah keyakinan bahwa salah satu jenis kelamin dianggap lebih penting atau lebih utama dibanding jenis kelamin lainnya. Sudah sejak dahulu ada pandangan yang menempatkan kedudukan dan peran perempuan lebih rendah dari laki-laki. Banyak kasus dalam tradisi, tafsiran ajaran agama maupun dalam aturan birokrasi yang meletakkan kaum perempuan sebagai subordinasi dari kaum laki-laki.

Kenyataan memperlihatkan bahwa masih ada nilai-nilai masyarakat yang membatasi ruang gerak terutama perempuan dalam kehidupan. Sebagai contoh apabila seorang isteri yang hendak mengikuti tugas belajar, atau hendak berpergian ke luar negeri harus mendapat izin suami, tetapi kalau suami yang akan pergi tidak perlu izin dari isteri.

#### *c) Pandangan Stereotype (Citra Baku)*

Stereotipe dimaksud adalah citra baku tentang individu atau kelompok yang tidak sesuai dengan kenyataan empiris yang ada. Pelabelan negatif secara umum selalu melahirkan ketidakadilan. Salah



satu stereotipe yang berkembang berdasarkan pengertian gender, yakni terjadi terhadap salah satu jenis kelamin (perempuan). Hal ini mengakibatkan terjadinya diskriminasi dan berbagai ketidakadilan yang merugikan kaum perempuan. Misalnya pandangan terhadap perempuan yang tugas dan fungsinya hanya melaksanakan pekerjaan yang berkaitan dengan pekerjaan domestik atau kerumahtanggaan. Hal ini tidak hanya terjadi dalam lingkup rumah tangga tetapi juga terjadi di tempat kerja dan masyarakat, bahkan di tingkat pemerintah dan negara. Apabila seorang laki-laki marah, ia dianggap tegas, tetapi bila perempuan marah atau tersinggung dianggap emosional dan tidak dapat menahan diri. Standar nilai terhadap perilaku perempuan dan laki-laki berbeda, namun standar nilai tersebut banyak menghakimi dan merugikan perempuan. Label kaum perempuan sebagai "ibu rumah tangga" merugikan, jika hendak aktif dalam "kegiatan lakilaki" seperti berpolitik, bisnis atau birokrat. Sementara label laki-laki sebagai pencari nafkah utama, (breadwinner) mengakibatkan apa saja yang dihasilkan oleh perempuan dianggap sebagai sambilan atau tambahan dan cenderung tidak diperhitungkan.

#### d) Kekerasan (Violence)

Berbagai bentuk tindak kekerasan terhadap perempuan sebagai akibat perbedaan, muncul dalam berbagai bentuk. Kata kekerasan merupakan terjemahan dari violence, artinya suatu serangan terhadap fisik maupun integritas mental psikologis seseorang. Oleh karena itu kekerasan tidak hanya menyangkut serangan fisik saja seperti perkosaan, pemukulan dan penyiksaan, tetapi juga yang bersifat non fisik, seperti pelecehan seksual sehingga secara emosional terusik. Pelaku kekerasan bermacam-macam, ada yang bersifat individu, baik di dalam rumah tangga sendiri maupun di tempat umum, ada juga di dalam masyarakat itu sendiri. Pelaku bisa saja suami/ayah, keponakan, sepupu, paman, mertua, anak laki-laki, tetangga, majikan.



#### e) *Beban Ganda (Double Dourden)*

Bentuk lain dari diskriminasi dan ketidakadilan gender adalah beban ganda yang harus dilakukan oleh salah satu jenis kalamini tertentu secara berlebihan. Dalam suatu rumah tangga pada umumnya beberapa jenis kegiatan dilakukan laki-laki, dan beberapa dilakukan oleh perempuan. Berbagai observasi, menunjukkan perempuan mengerjakan hampir 90% dari pekerjaan dalam rumah tangga. Sehingga bagi mereka yang bekerja, selain bekerja di tempat kerja juga masih harus mengerjakan pekerjaan rumah tangga. Dalam proses pembangunan, kenyataannya perempuan sebagai sumber daya insani masih mendapat pembedan perlakuan, terutama bila bergerak dalam bidang publik. Dirasakan banyak ketimpangan, meskipun ada juga ketimpangan yang dialami kaum laki-laki di satu sisi.

### **Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi**

Gender mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan laki-laki dan perempuan. Baik laki-laki maupun perempuan sama-sama terkena dampak dan gender steriotipi masingmasing. Misalnya sesuai dengan pola perilaku yang diharapkan sebagai laki-laki, maka laki-laki dianggap tidak pantas memperlihatkan rasa sakit atau mempertunjukkan kelemahan kelemahan serta keluhannya. Perempuan yang diharapkan memiliki toleransi yang tinggi, berdampak terhadap cara mereka menunda nunda pencarian pengobatan, terutama dalam situasi social ekonomi yang kurang dan harus memilih prioritas, maka biasanya perempuan dianggap wajar untuk berkorban. Keadaan ini juga dapat berpengaruh terhadap konsekuensi kesehatan yang dihadapi laki-laki dan perempuan. Empat isu gender dalam berbagai siklus kehidupan yaitu:

#### a) *Isu Gender di Masa Kanak-Kanak.*

Isu gender pada anak-anak laki-laki, misalnya: pada beberapa suku tertentu, kelahiran bayi laki-laki sangat diharapkan dengan alasan, misalnya laki-laki adalah penerus atau pewaris nama keluarga; laki-laki



sebagai pencari nafkah keluarga yang handal; laki-laki sebagai penyanggah orang tuanya di hari tua. Dan perbedaan perlakuan juga berlanjut pada masa kanak-kanak. Pada masa kanak-kanak, sifat agresif anak laki-laki serta perilaku yang mengandung resiko diterima sebagai suatu kewajaran, bahkan didorong kearah itu, karena dianggap sebagai sifat anak laki-laki. Sehingga data menunjukkan bahwa anak laki-laki lebih sering terluka dan mengalami kecelakaan.

*b) Isu Gender Pada Anak Perempuan.*

Secara biologis bayi perempuan lebih tahan daripada bayi laki-laki terhadap penyakit infeksi di tahun-tahun pertama kehidupannya. Sebab itu jika data memperlihatkan kematian bayi perempuan lebih tinggi dan bayi laki-laki, patut dicurigai sebagai dampak dari isu gender. Di masa balita, kematian karena kecelakaan lebih tinggi dialami oleh balita laki-laki, karena sifatnya yang agresif dan lebih banyak gerak.

*c) Isu Gender di Masa Remaja.*

Isu gender yang berkaitan dengan remaja perempuan, antara lain: kawin muda, kehamilan remaja, umumnya remaja putri kekurangan nutrisi, seperti zat besi, anemia. Menginjak remaja, gangguan anemia merupakan gejala umum dikalangan remaja putri. Gerakan serta interaksi sosial remaja putri seringkali terbatas dengan datangnya menarche. Perkawinan dini pada remaja putri dapat member tanggung jawab dan beban melampaui usianya. Belum lagi jika remaja putri mengalami kehamilan, menempatkan mereka pada resiko tinggi terhadap kematian. Remaja putreri juga berisiko terhadap pelecehan dan kekerasan seksual, yang bisa terjadi di dalam rumah sendiri maupun di luar rumah. Remaja putri juga bisa terkena isu berkaitan dengankerentanan mereka yang lebih tinggi terhadap perilaku-perilaku stereotipe maskulin, seperti merokok, tawuran, kecelakaan dalam olah raga, kecelakaan lalu lintas, eksplorasi seksual sebelum nikah yang berisiko terhadap penyakit-penyakit yang berkaitan dengan: IMS, HIV/AIDS.



d) *Isu Gender di Masa Dewasa.*

Pada tahap dewasa, baik laki-laki maupun perempuan mengalami masalah-masalah kesehatan yang berbeda, yang disebabkan karena faktor biologis maupun karena perbedaan gender. Perempuan menghadapi masalah kesehatan yang berkaitan dengan fungsi alat reproduksinya serta ketidaksetaraan gender. Masalah-masalah tersebut, misalnya konsekuensi dengan kehamilan dan ketika melahirkan seperti anemia, aborsi, puerperal sepsis (infeksi postpartum), perdarahan, ketidakberdayaan dalam memutuskan bahkan ketika itu menyangkut tubuhnya sendiri ("tiga terlambat"). Sebagai perempuan, dia juga rentan terpapar penyakit yang berkaitan dengan IMS dan HIV/AIDS, meskipun mereka sering hanya sebagai korban. Misalnya: metode KB yang hanya difokuskan pada akseptor perempuan, perempuan juga rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan ditempat kerja, dan diperjalanan.

e) *Isu Gender di Masa Tua.*

Di usia tua baik laki-laki maupun perempuan keadaan biologis semakin menurun. Mereka merasa terabaikan terutama yang berkaitan dengan kebutuhan mereka secara psikologis dianggap semakin meningkat. Secara umum, umur harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Namun umur panjang perempuan berisiko ringkih, terutama dalam situasi sosial-ekonomi kurang. Secara kehidupan social biasanya mereka lebih terlantar lagi, terutama yang berkaitan dengan kebutuhan yang semakin banyak dan semakin tergantung terhadap sumber daya. Osteoporosis banyak diderita oleh perempuan di masa tua, yaitu delapan kali lebih banyak dari pada laki-laki. Depresi mental juga lebih banyak diderita orang tua, terutama karena merasa ditinggalkan. Gender mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan laki-laki dan perempuan. Hal ini semakin dirasakan dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi antara lain karena hal berikut :



- 1) Masalah kesehatan reproduksi dapat terjadi sepanjang siklus hidup manusia seperti masalah inces yang terjadi pada masa anak-anak di rumah, masalah pergaulan bebas, kehamilan remaja.
- 2) Perempuan lebih rentan dalam menghadapi resiko kesehatan reproduksi seperti kehamilan, melahirkan, aborsi tidak aman dan pemakaian alat kontrasepsi. Karena struktur alat reproduksi yang rentan secara social atau biologis terhadap penularan IMS termasuk STD/HIV/AIDS.
- 3) Masalah kesehatan reproduksi tidak terpisah dari hubungan laki-laki dan perempuan. Namun keterlibatan, motivasi serta partisipasi laki-laki dalam kesehatan reproduksi dewasa ini masih sangat kurang.
- 4) Laki-laki juga mempunyai masalah kesehatan reproduksi, khususnya berkaitan dengan IMS, HIV, dan AIDS. Karena ini dalam menyusun strategi untuk memperbaiki kesehatan reproduksi harus dipertimbangkan pula kebutuhan, kepedulian dan tanggung jawab laki-laki.
- 5) Perempuan rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga (kekerasan domestik) atau perlakuan kasar yang pada dasarnya bersumber gender yang tidak setara.
- 6) Kesehatan reproduksi lebih banyak dikaitkan dengan urusan perempuan seperti KB.

### **Kesehatan Reproduksi Peka Gender.**

Pelayanan Kesehatan Reproduksi yang bersikap "Peka Gender", yaitu :

- a. Memberikan pelayanan berkualitas yang berorientasi kepada kebutuhan klien, tanpa adanya perbedaan perlakuan, baik karena jenis kelamin maupun status sosialnya.
- b. Memberikan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan kebutuhan yang berbeda antara laki-laki dan perempuan akibat kodrat masing-masing.



- c. Memahami sikap laki-laki dan perempuan dalam menghadapi suatu penyakit dan sikap masyarakat terhadap perempuan dan laki-laki yg sakit.
- d. Memahami perbedaan perjalanan penyakit pada laki-laki dan perempuan.
- e. Menyesuaikan pelayanan agar hambatan yg dihadapi oleh laki-laki dan perempuan sebagai akibat adanya perbedaan tersebut diatas dapat diatasi.

### **Pangarusutamaan Gender (*Gender Mainstraiming*)**

Pangarusutamaan gender (PUG) atau adalah strategi yang dilakukan secara rasional dan sistimatis untuk mencapai dan mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender dalam sejumlah aspek kehidupan manusia (rumah tangga, masyarakat dan negara), melalui kebijakan dan program yang memperhatikan pengalaman, aspirasi, kebutuhan dan permasalahan perempuan dan laki-laki ke dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dari seluruh kebijakan dan program diberbagai bidang kehidupan dan pembangunan. Tujuan pangarusutamaan gender adalah memastikan apakah perempuan dan laki-laki memperoleh akses yang sama kepada sumber daya pembangunan. Dapat berpartisipasi yang sama dalam semua proses pembangunan, termasuk proses pengambilan keputusan. Mempunyai kontrol yang sama atas sumberdaya pembangunan, dan memperoleh manfaat yang sama dari hasil pembangunan.

### **Sasaran Pangarusutamaan Gender**

Sebagai sasaran pangarusutamaan gender adalah organisasi pemerintah dari pusat sampai ke lapangan yang berperan dalam membuat kebijakan, program dan kegiatan. Selain itu organisasi swasta, organisasi profesi, keagamaan, dan lain – lain, dimana mereka sangat dekat dan terjun langsung paling depan berhadapan dengan masyarakat.



## Prinsip Pengarusutamaan Gender

Pluralistic, yaitu dengan menerima keragaman budaya. Bukan pendekatan konflik, yaitu menghadapi permasalahan tidak membedakan antar laki-laki dan perempuan. Sosialisasi dan advokasi. Memperluas informasi bagi masyarakat umum dan melakukan kegiatan-kegiatan untuk memperkuat kesetaraan dan keadilan gender.

### Latihan 2

Pilih salah satu jawaban yang saudara anggap paling benar.

- 1) Peran perempuan atau laki-laki dalam perspektif gender dapat saja tidak sama didalam masyarakat, perbedaan peran ini tergantung dari
  - a. Warna kulit
  - b. Suku
  - c. Genetic
  - d. Peraturan pemerintah
  - e. Golongan
- 2) Dengan adanya kemajuan teknologi banyak lapangan pekerjaan menggunakan teknologi baru seperti mesin ataupun alat tertentu yang diasumsikan hanya laki-laki yang dapat mengoperasikan. Hal ini adalah diskriminasi gender dalam bentuk ...
  - a. Marginalisasi
  - b. Subordinasi
  - c. Pandangan stereotype
  - d. Diskriminasi
  - e. Isu gender
- 3) Isu gender pada masa kanak-kanak yang sering terjadi didalam masyarakat adalah bahwa setiap kelahiran anak pertama diharapkan berjenis kelamin laki-laki. Hal ini disebabkan anggapan masyarakat bahwa anak laki-laki ...



- a. Lebih mudah mengasuhnya
- b. Pengawal ibu setelah besar
- c. Mempunyai tenaga yang lebih kuat
- d. Mampu melindungi keluarga
- e. Sebagai penerus keluarga (pewaris)

4) Pelayanan Kesehatan reproduksi yang " peka gender " dapat terlaksana dengan baik bila petugas kesehatan...

- a. Memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan laki-laki dan perempuan
- b. Bersikap ramah terhadap perempuan daripada laki-laki
- c. Memisahkan ruangan pemeriksaan antara laki-laki dan perempuan
- d. Pelayanan terhadap laki-laki dan perempuan yang mempunyai jenis penyakit yang sama
- e. Pelayanan mendahulukan perempuan daripada laki-laki

5) Salah satu prinsip dari pangarus-utamaan gender adalah harus dapat menerima keragaman budaya, hal ini disebut dengan ...

- a. Diskriminasi gender
- b. Pluralistic
- c. Kesetaraan gender
- d. Subordinasi
- e. Marginalisasi



## KEGIATAN BELAJAR

3

### KESEHATAN BAYI/BALITA

#### Tujuan :

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk : Menjelaskan Kesehatan Bayi/ Balita; Definisi kematian bayi; Determinan kematian bayi dan prinsip-prinsip penurunan AKB/AKBa; Kaitan budaya dan gender dengan kesehatan bayi.

#### DEFINISI KEMATIAN BAYI

Pembangunan kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pembangunan nasional yang harus terus menerus diupayakan oleh pemerintah. Derajat kesehatan suatu negara dapat dilihat dari indikator utama kesehatan, seperti Angka Kematian Bayi (AKB) atau Infant Mortality Rate (IMR) dan Angka Kematian Ibu (AKI) atau Maternal Mortality Rate (MMR).

Harus diakui, bahwa pembangunan kesehatan di Indonesia cukup jauh tertinggal dibandingkan dengan negara-negara di wilayah Asia lainnya yang kondisi sosial ekonominya tidak jauh berbeda, seperti Malaysia, Thailand, Srilanka dan RRC. Perbandingan AKB Indonesia dengan negara keempat negara tersebut menunjukkan hasil yang kurang baik. AKB Indonesia berdasarkan SDKI 2007 adalah 34 per seribu kelahiran hidup. Sementara itu berdasarkan sumber CIA World Factbook (2009) yang dikutip dalam portal indexmundi, didapatkan bahwa AKB Malaysia cukup rendah yaitu sekitar 15,87 per seribu kelahiran, kemudian diikuti Thailand yaitu 17,63 per seribu kelahiran hidup. AKB Srilanka dan RRC masih berada diatas Malaysia dan Thailand yaitu sebesar 18,57 per seribu kelahiran hidup dan 20,25 per seribu kelahiran hidup. Apabila dibandingkan, maka AKB Indonesia hampir dua kali lipat besarnya dari rata-rata AKB di keempat negara tersebut.



Berkaitan dengan permasalahan di atas, RPJMN 2004-2009 secara gamblang menyebutkan beberapa permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh pemerintah saat ini yaitu (i) disparitas status kesehatan; (ii) beban penyakit ganda; (iii) kinerja pelayanan kesehatan yang rendah; (iv) perilaku masyarakat yang kurang mendukung pola hidup bersih dan sehat; (v) rendahnya kondisi kesehatan lingkungan; (vi) rendahnya kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan; (vii) terbatasnya tenaga kesehatan dan distribusi tidak merata; dan (viii) rendahnya status kesehatan penduduk miskin.

Selain faktor rendahnya pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan, faktor sosial ekonomi juga sangat mempengaruhi angka kematian bayi dan balita. Hal ini dapat dilihat dari masih terdapatnya kesenjangan angka kematian bayi dan balita yang cukup besar antar tingkat pendidikan, sosial ekonomi, antar perkotaan dan pedesaan. AKB pada penduduk yang tidak berpendidikan masih tiga kali lipat lebih besar dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi, begitu pula dengan AKB pada tingkat sosial ekonomi rendah masih lebih besar dibandingkan dengan tingkat ekonomi tinggi. Hal yang sama juga terjadi antar perkotaan dan pedesaan, yaitu AKB di pedesaan lebih tinggi daripada diperkotaan. Kesenjangan tersebut juga dapat dilihat dari antar provinsi. AKB tertinggi terdapat di Sulawesi Barat (74 per seribu kelahiran hidup) dan Nusa Tenggara Barat (72 per seribu kelahiran hidup), angkanya mencapai hampir empat kali lipat dari provinsi dengan AKB terendah yaitu Yogyakarta (19 seribu kelahiran hidup). Hal ini menunjukkan tidak meratanya dan rendahnya akses serta kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Tingginya angka kematian bayi dan balita tidak dapat dibiarkan begitu saja, mengingat kelangsungan hidup anak sangat menentukan kualitas sumber daya manusia dimasa yang akan datang. Oleh karena itu, diperlukan intervensi yang tepat untuk mengurangi angka kematian tersebut. Intervensi yang efektif hanya dapat dilakukan, jika diketahui faktor-faktor signifikan yang mempengaruhi kelangsungan hidup anak.



Studi empiris di negara berkembang lain, seperti India dan Kenya, mengenai kelangsungan hidup anak, menunjukkan bahwa tidak hanya faktor di dalam sektor kesehatan, seperti jumlah puskesmas, bidan, dan infrastruktur kesehatan yang mempengaruhi kelangsungan hidup anak, tetapi juga faktor diluar faktor kesehatan, seperti tingkat pendidikan orang tua dan tingkat pendapatan rumah tangga.

Angka Kematian Bayi (AKB) didefinisikan sebagai besarnya jumlah bayi yang meninggal sebelum sampai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. AKB merupakan indikator penting yang digunakan dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. Menurut tujuan pembangunan berkelanjutan SDGs (Sustainable Development Goals) tahun 2015 sampai tahun 2030 bahwa jumlah kematian neonatal akan diturunkan hingga 12 per 1.000 kelahiran bayi hidup (Kementerian Kesehatan RI, 2015). AKB di Indonesia masih cukup tinggi dibandingkan dengan Negara-negara lain di Asia Tenggara (ASEAN). Pada tahun 2015 AKB sebesar 131 per 1.000 kelahiran hidup kemudian pada tahun 2016 sebesar 147 per 1.000 kelahiran hidup. Tingginya AKB di Indonesia disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya adalah faktor dari penyakit infeksi dan kekurangan gizi. Selain itu penyakit lainnya yang juga merupakan faktor penyebab kematian bayi sampai saat ini diantaranya adalah penyakit diare, tetanus, gangguan perinatal dan radang saluran pernapasan bagian bawah. Kematian pada bayi juga dapat disebabkan oleh adanya trauma yang terjadi ketika proses persalinan dan kelainan bawaan yang kemungkinan besar dapat disebabkan akibat rendahnya status gizi ibu pada saat kehamilan dan juga kurangnya jangkauan layanan kesehatan serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan. Pemerintah telah mencanangkan dan melakukan berbagai upaya untuk menurunkan kematian ibu, bayi dan balita dengan beberapa program antara lain melalui penempatan bidan di setiap desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA), Making Pregnancy Safer (MPS), Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K),



penyediaan fasilitas kesehatan, Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas, dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit. Namun sampai saat ini juga belum mampu secara efektif dapat menurunkan AKI, AKB dan AKABA (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

## **DETERMINAN KEMATIAN BAYI**

Upaya yang telah dilakukan selama ini untuk menurunkan Angka Kematian Balita (AKBA) berhasil menunjukkan perbaikan yang sangat berarti antara 1960 dan 1990. Pada 1960, AKBA masih sangat tinggi, yaitu 216 per 1.000 kelahiran hidup. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan terjadinya penurunan hingga mencapai 46 per 1.000 kelahiran hidup pada periode 1998–2002. Rata-rata penurunan AKBA pada dekade 1990-an adalah tujuh persen per tahun, lebih tinggi dari dekade sebelumnya, yaitu empat persen per tahun. Pada 2000 Indonesia telah mencapai target yang ditetapkan dalam World Summit for Children (WSC), yaitu 65 per 1.000 kelahiran hidup. Indonesia juga telah mengalami kemajuan yang signifikan dalam upaya penurunan kematian bayi dalam beberapa dekade terakhir. Pada 1960, Angka Kematian Bayi (AKB) Indonesia adalah 128 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini turun menjadi 68 per 1.000 kelahiran hidup pada 1989, 57 pada 1992 dan 46 pada 1995. Pada dekade 1990-an, rata-rata penurunan lima persen per tahun, sedikit lebih tinggi daripada dekade 1980-an sebesar empat persen per tahun. Walaupun pencapaian telah begitu menggembirakan, tingkat kematian bayi di Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN, yaitu 4,6 kali lebih tinggi dari Malaysia, 1,3 kali lebih tinggi dari Filipina, dan 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand. Variasi AKBA antarprovinsi masih cukup besar. SDKI 2002–2003 menunjukkan provinsi dengan AKBA paling tinggi untuk periode 1998–2002 adalah NTB, yaitu 103 per 1.000 kelahiran hidup. Angka itu hampir lima kali lebih tinggi AKBA di Yogyakarta, yaitu 23 per 1.000 kelahiran hidup. Variasi yang sama juga terjadi pada AKB, yaitu 74 untuk



NTB dan 20 untuk Yogyakarta pada periode yang sama. Imunisasi campak. Proporsi anak usia 12-23 bulan yang menerima sedikitnya satu kali imunisasi campak baik sebelum mencapai umur 12 bulan, maupun tidak, meningkat dari 57,5 persen pada 1991 menjadi 71,6 persen pada 2002. Cakupan imunisasi campak di daerah perkotaan cenderung lebih tinggi, misalnya cakupan pada 2002 adalah 77,6 persen di daerah perkotaan dan 66,2 persen di daerah pedesaan. Kenaikan cakupan imunisasi campak anak di bawah satu tahun (yaitu yang diimunisasi tepat pada waktunya) cenderung lebih rendah, yaitu 44,5 persen pada 1991 menjadi 54,6 dan 60,0 persen pada 1994 dan 1997.

### **Tantangan Sebab kematian pada anak.**

Tiga penyebab utama kematian bayi menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1995 adalah infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), komplikasi perinatal, dan diare. Gabungan ketiga penyebab ini memberi andil bagi 75 persen kematian bayi. Pada 2001 pola penyebab kematian bayi ini tidak banyak berubah dari periode sebelumnya, yaitu karena sebab-sebab perinatal, kemudian diikuti oleh infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), diare, tetanus neonatorum, saluran cerna, dan penyakit saraf. Pola penyebab utama kematian balita juga hampir sama (penyakit saluran pernafasan, diare, penyakit syaraf—termasuk meningitis dan encephalitis—dan tifus).

Kesehatan neonatal dan maternal. Tingginya kematian anak pada usia hingga satu tahun, yaitu sepertiganya terjadi dalam satu bulan pertama setelah kelahiran dan sekitar 80 persen kematian neonatal ini terjadi pada minggu pertama, menunjukkan masih rendahnya status kesehatan ibu dan bayi baru lahir; rendahnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak khususnya pada masa persalinan dan segera sesudahnya; serta perilaku (baik yang bersifat preventif maupun kuratif) ibu hamil dan keluarga serta masyarakat yang bersifat negatif bagi perkembangan kehamilan sehat, persalinan yang aman dan perkembangan dini anak. Perubahan perilaku. Penyebab langsung



kematian bayi dan balita sebenarnya relatif dapat ditangani secara mudah, dibandingkan upaya untuk meningkatkan perilaku masyarakat dan keluarga yang dapat menjamin kehamilan, kelahiran, dan perawatan bayi baru lahir yang lebih sehat.

Tantangan yang dihadapi adalah bagaimana memperbaiki perilaku keluarga dan masyarakat, terutama perilaku hidup bersih dan sehat, termasuk upaya mencari pelayanan kesehatan serta memperbaiki akses, memperkuat mutu manajemen terpadu penyakit bayi dan balita, memperbaiki kesehatan lingkungan termasuk air bersih dan sanitasi, pengendalian penyakit menular, dan pemenuhan gizi yang cukup. Variasi antar daerah. Tantangan lain yang harus mendapatkan perhatian serius adalah upaya untuk memperkecil kesenjangan antara perkotaan dan pedesaan dan kesenjangan antar provinsi dan kabupaten/kota. Intervensi pada golongan miskin dan kelompok rentan di pedesaan dan wilayah terpencil merupakan salah satu strategi kunci untuk menghilangkan kesenjangan ini. Walaupun demikian, kantong-kantong dengan angka kematian yang tinggi di daerah perkotaan tidak bisa diabaikan, karena daerah dengan populasi besar ini yang mempunyai daya ungkit yang tinggi bagi penurunan angka kematian bayi dan balita, terutama pada kematian neonatal. Sinkronisasi dan koordinasi program-program antarinstansi dan antara pemerintah dan swasta dan lembaga swadaya yang melibatkan peran aktif masyarakat perlu ditingkatkan. Dengan memperhatikan beragamnya faktor-faktor yang penyebab kematian bayi dan balita, maka kontribusi berbagai sektor dalam mendukung upaya mencapai derajat kesehatan anak sangat diperlukan.

Kontribusi ini harus diformulasikan sebagai kebijakan kesehatan anak yang menyeluruh dengan strategi-strategi khusus bagi berbagai tingkat penyedia pelayanan dan berbagai grup sasaran. Perlindungan dan pelayanan kesehatan bagi bayi dan balita dari keluarga miskin menjadi sangat penting, karena kondisi kesehatan dan gizi anak-anak itu secara umum jauh lebih rendah. AKB pada penduduk termiskin pada 1995 hampir dua kali lebih tinggi daripada penduduk terkaya. Walaupun



perbedaan ini mengecil, AKB pada 2001 untuk penduduk miskin masih 1,5 kali lebih tinggi dibanding penduduk terkaya<sup>14</sup>. Dengan masih besarnya jumlah penduduk miskin di Indonesia, yaitu sekitar 37,34 juta jiwa atau 17,4 persen pada 2003<sup>15</sup>, perlindungan dan pelayanan kesehatan anak pada kelompok penduduk itu merupakan tantangan berat yang masih harus dihadapi. Selain perlunya intervensi yang cost-effective, kerja sama lintas sektor bagi upaya penanggulangan kemiskinan akan sangat berperan dalam peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak secara umum. Penerapan desentralisasi kesehatan sejak 2001 menjadi tantangan yang cukup berat bagi upaya penurunan kematian bayi dan balita. Arus informasi, terutama dari pengumpulan data pada pusat pelayanan, tidak berjalan dengan baik. Masih belum jelasnya penjabaran tugas dan wewenang antara pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten merupakan kendala yang perlu diatasi.

## **PRINSIP-PRINSIP PENURUNAN AKB/AKBA**

Program Pembangunan Nasional.

Selama ini upaya penurunan angka kematian bayi dan balita merupakan salah satu prioritas dalam pembangunan kesehatan. Dalam dokumen Propenas 2000–2004, upaya-upaya ini termaktub dalam tiga program kesehatan nasional, yaitu Program Lingkungan Sehat, Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat; Program Upaya Kesehatan; serta Program Perbaikan Gizi Masyarakat.

Strategi dan usaha untuk mendukung upaya penurunan kematian bayi dan balita antara lain adalah meningkatkan kebersihan (hygiene) dan sanitasi di tingkat individu, keluarga, dan masyarakat melalui penyediaan air bersih, meningkatkan perilaku hidup sehat, serta kepedulian terhadap kelangsungan dan perkembangan dini anak; pemberantasan penyakit menular, meningkatkan cakupan imunisasi dan, meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi termasuk pelayanan kontrasepsi dan ibu, menanggulangi gizi buruk, kurang energi kronik dan anemi, serta promosi pemberian ASI eksklusif dan pemantauan pertumbuhan.



### Jaring Pengaman Sosial.

Bertambahnya penduduk miskin sebagai akibat krisis ekonomi yang terjadi sejak 1998 telah membatasi akses dan kemudahan mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak bagi golongan miskin. Selain program-program rutin pelayanan kesehatan ibu dan anak, pemerintah telah meluncurkan program Jaring Pengaman Sosial (JPS) bidang kesehatan, antara lain dengan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan gratis bagi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi untuk keluarga miskin, serta bantuan pembangunan sarana kesehatan.

### Peraturan perundangan.

Dengan ditetapkannya UU No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, kesempatan anak Indonesia untuk hidup sehat, tumbuh, dan berkembang secara optimal menjadi semakin terbuka. Dalam undang-undang itu dinyatakan bahwa setiap anak berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai dengan kebutuhan fisik, mental spiritual, dan sosial.

### Program Nasional bagi Anak Indonesia.

Merujuk pada kebijakan umum pembangunan kesehatan nasional, upaya penurunan angka kematian bayi dan balita merupakan bagian penting dalam Program Nasional Bagi Anak Indonesia (PNBAI) yang antara lain dijabarkan dalam Visi Anak Indonesia 2015 untuk menuju anak Indonesia yang sehat. Strategi nasional bagi upaya penurunan kematian bayi dan balita adalah pemberdayaan keluarga, pemberdayaan masyarakat, meningkatkan kerja sama dan kordinasi lintas sektor, dan meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan anak yang komprehensif dan berkualitas.

## KAITAN GENDER DENGAN BAYI DAN BALITA

Gender mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan laki-laki dan perempuan. Baik laki-laki maupun perempuan sama-sama terkena dampak dan gender stereotipi masing-masing. Misalnya sesuai dengan pola perilaku yang diharapkan sebagai laki-laki, maka laki-laki dianggap tidak pantas memperlihatkan rasa sakit atau mempertunjukkan kelemahan-



kelemahan serta keluhannya. Perempuan yang diharapkan memiliki toleransi yang tinggi, berdampak terhadap cara mereka menunda-nunda pencarian pengobatan, terutama dalam situasi social ekonomi yang kurang dan harus memilih prioritas, maka biasanya perempuan dianggap wajar untuk berkorban.

Keadaan ini juga dapat berpengaruh terhadap konsekuensi kesehatan yang dihadapi laki-laki dan perempuan. Misalnya kanker paru-paru banyak diderita oleh laki-laki diwaspadai ada kaitannya dengan kebiasaan merokok. Penderita depresi pada perempuan dua kali sampai tiga kali lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki. Perempuan lebih banyak menderita penyakit menahun yang berkepanjangan (TBC), akan tetapi ada kecenderungan dari perhitungan, karena kebiasaan perempuan untuk mengabaikan atau menunda mencari pengobatan, jika penyakit itu masih bisa ditanggungnya.

Penting sekali memahami realitas, bahwa perempuan dan laki-laki menghadapi penyakit dan kesakitan bisa berbeda. Informasi itu hanya didapat jika kita memiliki data pasien, seperti data umur, status, social ekonomi yang terpilah menurut jenis kelamin.

Hal-hal yang diperlukan untuk memahami isu gender berkaitan dengan kesehatan adalah : (1) Mengumpulkan data dan informasi yang memperlihatkan bukti adanya ketimpangan berbasis gender dalam kesehatan perempuan dan laki-laki; (2) Menyatakan data dan informasi tersebut serta memperhitungkannya ketika mengembangkan kebijakan dan program kesehatan; (3) Mengimplementasikan program-program yang sensitive gender untuk memperbaiki ketimpangan; (4) Mengembangkan mekanisme monitoring yang responsive terhadap isu gender, untuk memastikan ketimpangan gender dipantau secara teratur.

Isu-isu gender dalam berbagai siklus kehidupan. Pada kesempatan ini ada 4 (empat) isu gender dalam berbagai kehidupan, yaitu :

**Isu Gender Di Masa Kanak-Kanak.** Isu gender pada anak-anak laki-laki, misalnya: pada beberapa suku tertentu, kelahiran bayi laki-laki sangat diharapkan dengan alasan, misalnya laki-laki adalah penerus atau



pewaris nama keluarga; laki-laki sebagai pencari nafkah keluarga yang handal; laki-laki sebagai penyanggah orang tuanya di hari tua., Dan perbedaan perlakuan juga berlanjut pada masa kanak-kanak. Pada masa kanak-kanak, sifat agresif anak laki-laki serta perilaku yang mengandung resiko diterima sebagai suatu kewajaran, bahkan didorong kearah itu, karena dianggap sebagai sifat anak laki-laki. Sehingga data menunjukkan bahwa anak laki-laki lebih sering terluka dan mengalami kecelakaan.

**Isu Gender Pada Anak Perempuan.** Secara biologis bayi perempuan lebih tahan daripada bayi laki-laki terhadap penyakit infeksi di tahun-tahun pertama kehidupannya. Sebab itu jika data memperlihatkan kematian bayi perempuan lebih tinggi dan bayi laki-laki, patut dicurigai sebagai dampak dari isu gender. Di masa balita, kematian karena kecelakaan lebih tinggi dialami oleh balita laki-laki, karena sifatnya yang agresif dan lebih banyak gerak. Data Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI 1991-2002/2003) menunjukkan : tren kematian bayi lebih tinggi pada bayi laki-laki daripada bayi perempuan, trend kematian anak balita lebih tinggi pada balita laki-laki dari pada balita perempuan.

Secara biologis bayi perempuan lebih tahan daripada bayi laki – laki terhadap penyakit infeksi di tahun – tahun pertama kehidupannya. Sebab itu jika data memperlihatkan kematian bayi perempuan lebih tinggi daripada bayi laki – laki, patut di curigai sebagai dampak dari isu gender. Dimasa balita kematian karena kecelakan lebih tinggi dialami oleh balita laki – laki, karena sifatnya yang agresif dan lebih banyak gerak. Data survei demografi indonesia menunjukkan kematian bayi lebih tinggi pada bayi laki – laki dari pada bayi perempuan, sedangkan pada kematian anak balita lebih tinggi pada balita laki – laki dari pada balita perempuan. Isu gender pada bayi laki – laki, misalnya beberapa suku tertentu, kelahiran bayi laki – laki sangat diharapkan dengan alasan. Misalnya, laki –laki adalah penerus atau pewaris nama keluarga, laki – laki sebagai pencari nafkah keluarga, laki – laki sebagai penyanggah orang tuanya di hari tua, dan perbedaan perlakuan juga berlanjut pada masa bayi dan balita. Pada masa bayi dan balita sifat agresif bayi laki – laki serta perilaku yang



mengandung resiko diterima sebagai suatu kewajiban bahkan didorong kearah itu karena dianggap sebagai sifat bayi balita laki – laki. Sehingga data menunjukkan bahwa balita laki – laki sering terluka dan mengalami kecelakaan.

### Latihan 3.

Pilih salah satu jawaban yang saudara anggap paling benar.

1. Defenisi Angka Kematian Bayi adalah ...
  - a. Jumlah bayi yang meninggal sebelum sampai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.
  - b. Jumlah bayi yang meninggal setelah lewat dari usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.
  - c. Jumlah bayi yang meninggal memasuki usia 4 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang berbeda.
  - d. Jumlah anak yang meninggal pada tahun yang sama.
  - e. Jumlah anak yang meninggal pada tahun yang berbeda.
2. Tiga penyebab utama kematian bayi menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1995 adalah ...
  - a. infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), komplikasi perinatal, dan diare
  - b. kurang energy kronis
  - c. kelainan kongenital
  - d. infeksi menular seksual
  - e. kematian janin dalam kandungan, hipertensi
3. Prinsip-prinsip penurunan Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita adalah ...



- a. Program Pembangunan Nasional, Jaring Pengaman Sosial, Peraturan Perundangan dan Program Nasional Bagi Anak Indonesia
  - b. Jaring Pengaman Sosial, Lima Imunisasi Lengkap
  - c. Fortifikasi zat makanan, Jaring Pengaman Sosial, Peraturan Perundangan.
  - d. Peraturan Pemerintah Daerah dan Program tertentu
  - e. Keluarga Berencana
4. UU No. 23 Tahun 2002 tentang ...
- a. Perlindungan Anak
  - b. Perlindungan Lansia
  - c. Perlindungan Korban Kekerasan
  - d. Kesehatan
  - e. Tarif Perobatan Umum
5. Hal-hal yang diperlukan untuk memahami isu gender berkaitan dengan kesehatan adalah :
- a. Mengumpulkan data dan informasi yang memperlihatkan bukti adanya ketimpangan berbasis gender dalam kesehatan perempuan dan laki-laki
  - b. Menyatakan data dan informasi tersebut serta memperhitungkannya ketika mengembangkan kebijakan dan program kesehatan
  - c. Mengimplementasikan program-program yang sensitive gender untuk memperbaiki ketimpangan
  - d. Mengembangkan mekanisme monitoring yang responsive terhadap isu gender, untuk memastikan ketimpangan gender dipantau secara teratur.
  - e. Semua Benar



## KEGIATAN BELAJAR

4

### KESEHATAN IBU

#### Tujuan :

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk : Menjelaskan Kesehatan Ibu; Definisi kematian ibu; Determinan kematian ibu dan prinsip-prinsip penurunan AKI; Kaitan budaya dan gender dengan kesehatan ibu.

#### Definisi Kematian Ibu

Kematian ibu atau kematian maternal adalah kematian seorang ibu sewaktu hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan, tidak bergantung pada tempat atau usia kehamilan (Saifuddin, 2010). Kematian Ibu, menurut ICPD didefinisikan sebagai "Kematian seorang wanita yang terjadi saat hamil atau dalam 42 hari setelah berakhir kehamilannya, tanpa melihat usia dan letak kehamilannya, yang diakibatkan oleh sebab apapun yang terkait dengan atau diperburuk oleh kehamilannya atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh insiden dan kecelakaan". Definisi tersebut secara eksplisit menjelaskan bahwa kematian ibu menunjukkan lingkup yang luas, tidak hanya terkait dengan kematian yang terjadi saat proses persalinan, tetapi mencakup kematian ibu yang sedang dalam masa hamil dan nifas (kemenkes, 2013).

Menurut WHO, setiap tahun kurang lebih terdapat 210 juta wanita hamil diseluruh dunia. Lebih dari 20 juta wanita mengalami kesakitan akibat dari kehamilannya, beberapa diantaranya bersifat menetap. Kehidupan 8 juta wanita diseluruh dunia menjadi terancam dan setiap tahun diperkirakan terdapat 529.000 wanita meninggal sebagai akibat komplikasi yang timbul karena kehamilan dan persalinan, dimana sebagian besar dari kematian ini sebenarnya dapat dicegah. Angka



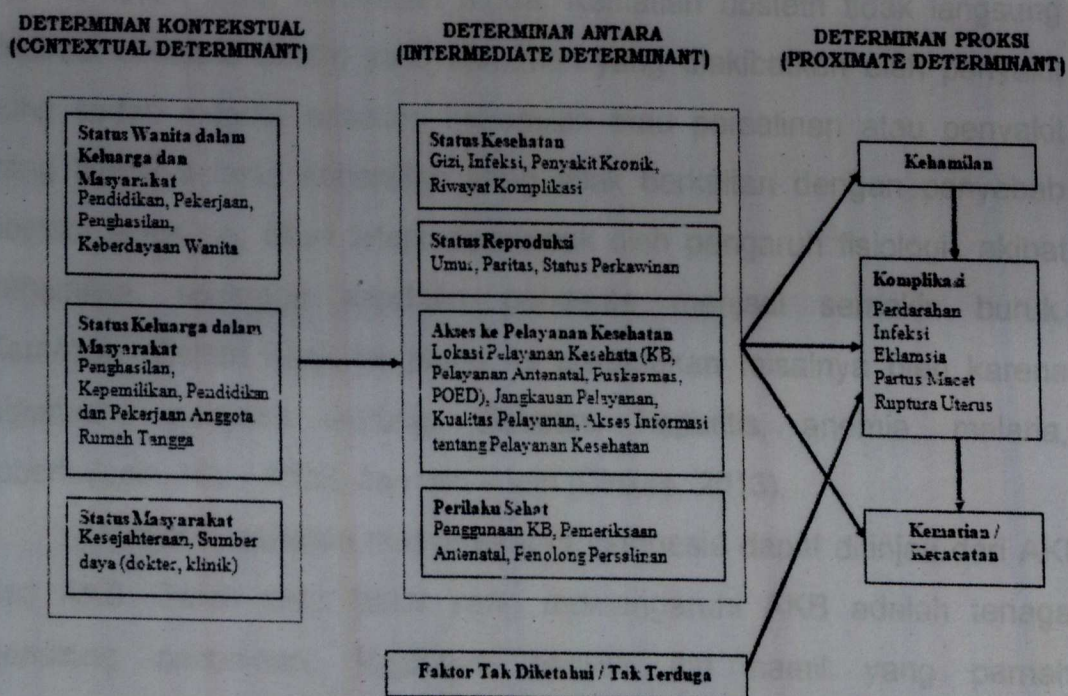
kematian maternal di seluruh dunia diperkirakan sebesar 400 per 100.000 KH dan 98% terjadi di negara – negara berkembang. Angka kematian maternal di negara berkembang 20 kali lebih tinggi yaitu 440 per 100.000 KH dan di beberapa tempat dapat mencapai 1000 per 100.000 KH. Di wilayah Asia Tenggara diperkirakan terdapat 240.000 kematian maternal setiap tahunnya, sehingga diperoleh angka kematian maternal sebesar 210 per 100.000 KH. Angka kematian maternal ini merupakan ukuran yang mencerminkan risiko obstetric yang dihadapi oleh seorang wanita setiap kali wanita tersebut menjadi hamil. Risiko ini semakin bertambah seiring dengan bertambahnya jumlah kehamilan yang dialami. Tingginya angka kematian maternal di negara berkembang sebagian besar berkaitan dengan masalah politik dan sosial, khususnya masalah kemiskinan dan status wanita. Sebagian besar kematian maternal terjadi di rumah, yang jauh dari jangkauan fasilitas kesehatan. Menurut data SKRT 2001, proporsi kematian maternal terhadap kematian usia reproduksi (15 – 49 tahun) di pedesaan hampir tiga kali lebih besar daripada di perkotaan. Angka kematian maternal di Indonesia masih cukup tinggi. Menurut hasil SKRT tahun 1992 angka kematian ibu (AKI) di Indonesia 425 per 100.000 KH dan menurun menjadi 373 per 100.000 KH pada SKRT tahun 1995, sedangkan pada SKRT yang dilakukan pada tahun 2001, angka kematian maternal kembali mengalami peningkatan menjadi sebesar 396 per 100.000 KH. Dari SDKI 2002 / 2003 angka kematian maternal menunjukkan angka sebesar 307 per 100.000 KH. Sedangkan hasil SDKI tahun 2007, AKI di Indonesia sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan negara – negara anggota Asean seperti Brunei Darussalam (angka kematian maternal menurut estimasi WHO tahun 2000) : 37 per 100.000 KH dan Malaysia : 41 per 100.000 KH, angka kematian maternal di Indonesia masih sangat tinggi. Menurut WHO, kurang lebih 80% kematian maternal merupakan akibat langsung dari komplikasi langsung selama kehamilan, persalinan dan masa nifas dan 20% kematian maternal terjadi akibat penyebab tidak langsung. Perdarahan, terutama perdarahan post partum, dengan onset yang tiba-



tiba dan tidak dapat diprediksi sebelumnya, akan membahayakan nyawa ibu, terutama bila ibu tersebut menderita anemia (dinkes, 2013).

## Determinan Kematian Ibu

### DETERMINAN KEMATIAN IBU (McCarthy and Maine, 1992)



Kematian ibu dibagi menjadi kematian langsung dan tidak langsung. Kematian ibu langsung adalah sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan, atau masa nifas dan segala intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut. Kematian ibu tidak langsung merupakan akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan, misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS, dan penyakit kardiovaskular (Saifuddin, 2010). Definisi kematian ibu mengindikasikan bahwa kematian ibu tidak hanya mencakup kematian yang disebabkan oleh persalinan tetapi mencakup kematian yang disebabkan oleh penyebab non-obstetri. Sebagai contoh adalah ibu hamil yang meninggal akibat penyakit Tuberkulosis, Anemia, Malaria, Penyakit Jantung, dll. Penyakit-penyakit tersebut dianggap dapat memperberat kehamilan meningkatkan risiko terjadinya kesakitan dan kematian (Kemenkes, 2013). Kematian obstetri langsung (direct obstetric death) yaitu kematian yang timbul sebagai



akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas, yang disebabkan oleh tindakan, kelalaian, ketidaktepatan penanganan, atau dari rangkaian peristiwa yang timbul dari keadaan – keadaan tersebut di atas. Komplikasi – komplikasi tersebut meliputi perdarahan, baik perdarahan antepartum maupun postpartum, preeklamsia / eklamsia, infeksi, persalinan macet dan kematian pada kehamilan muda. Kematian obstetri tidak langsung (indirect obstetric death) yaitu kematian yang diakibatkan oleh penyakit yang sudah diderita sebelum kehamilan atau persalinan atau penyakit yang timbul selama kehamilan yang tidak berkaitan dengan penyebab obstetri langsung, akan tetapi diperburuk oleh pengaruh fisiologik akibat kehamilan, sehingga keadaan penderita menjadi semakin buruk. Kematian obstetri tidak langsung ini disebabkan misalnya oleh karena hipertensi, penyakit jantung, diabetes, hepatitis, anemia, malaria, tuberkulosis, HIV / AIDS, dan lain – lain (Dinkes, 2013).

Derajat kesehatan masyarakat di Indonesia dapat ditinjau dari AKI dan AKB. Salah satu faktor yang memengaruhi AKB adalah tenaga penolong persalinan. Meskipun banyak ibu hamil yang pernah memeriksakan kehamilannya ke tenaga medis, namun masih banyak persalinan yang ditolong oleh tenaga non medis, khususnya yang terjadi di pedesaan. Untuk dapat menekan AKB dan AKI perlu digerakkan upaya Gerakan Sayang Ibu (GSI), kelangsungan hidup, perkembangan serta perlindungan ibu dan anak, Gerakan Keluarga Reproduksi Sehat (GKRS), Safe Motherhood, dan penempatan bidan di desa - desa (Depkes RI, 2009; Kusmiran, 2011). Upaya Safe Motherhood merupakan upaya untuk menyelamatkan wanita agar kehamilan dan persalinan dapat dilalui dengan sehat dan aman, serta menghasilkan bayi yang sehat. Di Indonesia, upaya Safe Motherhood diterjemahkan sebagai upaya kesejahteraan/ keselamatan ibu. Kesejahteraan ibu menunjukkan ruang lingkup yang luas, meliputi hal - hal di luar kesehatan, sedangkan keselamatan ibu berorientasi khusus pada aspek kesehatan. Safe Motherhood memiliki Empat Pilar Utama yaitu; 1) Keluarga berencana, 2) Pelayanan Antenatal Care (ANC), 3) Persalinan yang aman, 4) Pelayanan



obstetric essensi/emergensi. Pilar yang kedua yaitu pelayanan antenatal care yang bertujuan utamanya mencegah komplikasi obstetri dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai (Saifuddin, 2010).

### **Pengaruh Bias Gender Terhadap Kesehatan Ibu:**

Perempuan memang berbeda secara jasmaniah dari laki-laki, perempuan mengalami haid, dapat mengandung, melahirkan serta menyusui yang melahirkan mitos dalam masyarakat bahwa perempuan berhubungan dengan kodrat sebagai ibu. Kodrat perempuan untuk hamil dan melahirkan menyebabkan mereka memerlukan pelayanan kesehatan reproduksi yang berbeda (dibanding laki-laki) baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Oleh karena itu akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas sepanjang siklus hidup perempuan sangat (lebih) menentukan dibandingkan laki-laki. Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi (KesehatanIbu):

Berbagai isu gender dalam tahap kesehatan ibu antara lain sebagai berikut :

- a. Keterbatasan perempuan untuk mengambil keputusan yang menyangkut kesehatan dirinya (misalnya dalam menentukan kapan hamil, di mana akan melahirkan, dan sebagainya). Yang berhubungan dengan lemahnya/rendahnya kedudukan perempuan yang lemah di keluarga/ masyarakat (Patriarkhi).
- b. Sikap dan perilaku keluarga yang cenderung mengutamakan laki-laki (Bias Gender), contohnya dalam mengkonsumsi makanan sehari-hari yang menempatkan bapak atau anak lakilaki pada posisi yang diutamakan daripada ibu dan anak perempuan. Hal ini sangat merugikan kesehatan perempuan, terutama bila sedang hamil.
- c. Tuntutan untuk tetap bekerja (Peran Gender): di berbagai daerah perdesaan atau di daerah kumuh perkotaan, banyak ibu hamil dituntut untuk tetap bekerja keras seperti pada saat tidak hamil.



**Latihan 4**

1. Definisi Kematian Ibu Menurut ICPD adalah ...
  - a. Kematian seorang wanita yang terjadi saat hamil atau dalam 42 hari setelah berakhir kehamilannya, tanpa melihat usia dan letak kehamilannya, yang diakibatkan oleh sebab apapun yang terkait dengan atau diperburuk oleh kehamilannya atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh insiden dan kecelakaan
  - b. Kematian ibu atau kematian maternal adalah kematian seorang ibu sewaktu hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan, tidak bergantung pada tempat atau usia kehamilan
  - c. Keterbatasan perempuan untuk mengambil keputusan yang menyangkut kesehatan dirinya
  - d. Kematian yang diakibatkan oleh penyakit yang sudah diderita sebelum kehamilan atau persalinan atau penyakit yang timbul selama kehamilan yang tidak berkaitan dengan penyebab obstetri langsung, akan tetapi diperburuk oleh pengaruh fisiologik akibat kehamilan, sehingga keadaan penderita menjadi semakin buruk.
  - e. Sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan, atau masa nifas dan segala intervensi atau penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut.
2. Determinan Kontekstual kematian ibu adalah ....
  - a. Status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat, dan status masyarakat
  - b. Status anak dalam keluarga, status anak di sekolah
  - c. Status wanita karir di tempat kerja
  - d. Status ibu rumah tangga di kalangan masyarakat
  - e. Status disosial media



3. Determinan Antara kematian ibu adalah ...

- a. Status kesehatan, status kesehatan reproduksi, akses ke pelayanan kesehatan dan perilaku sehat
- b. Status keuangan keluarga, akses ke puskesmas
- c. Perilaku hidup bersih dan sehat
- d. Kesenjangan penghasilan antara suami dan istri
- e. Kondisi pangan

4. Determinan Proksi kematian ibu adalah ...

- a. Kehamilan, komplikasi, dan kematian/kecacatan
- b. Melahirkan, penggunaan alat kontrasepsi
- c. Usia lanjut
- d. Kekerasan rumah tangga
- e. Budaya yang majemuk

5. Safe Motherhood memiliki Empat Pilar Utama yaitu...

- a. Keluarga berencana
- b. Pelayanan Antenatal Care (ANC)
- c. Persalinan yang aman
- d. Pelayanan obstetric essensi/emergensi.
- e. Semua benar



## KEGIATAN BELAJAR

5

### **Situasi Dan Perkembangan Program Keluarga Berencana Di Indonesia; Kaitan Budaya Dan Gender Dalam Program Keluarga Berencana Di Indonesia**

#### **Tujuan :**

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk : Menjelaskan Situasi dan perkembangan program Keluarga Berencana di Indonesia; Kaitan budaya dan gender dalam Program Keluarga Berencana di Indonesia

Program keluarga berencana sudah dimulai cukup lama di Indonesia, yakni sejak masa orde baru yaitu tahun 1967. Berikut ini adalah beberapa peristiwa sejarah yang menggambarkan perjalanan program KB di Indonesia:

1. Di bulan Januari tahun 1967 pemerintah mengadakan simposium kontrasepsi di kota Bandung yang diikuti oleh banyak masyarakat melalui media massa.
2. Di bulan Februari 1967, kongres PKBI diadakan untuk pertama kali dan hasil dari kongres ini adalah harapan agar program keluarga berencana segera digalakkan.
3. Di bulan April 1967, Gubernur DKI Jakarta yang berkuasa saat itu, Ali Sadikin, menyelenggarakan program KB untuk pertama kali di Jakarta.
4. Di tanggal 16 Agustus 1967 untuk pertama kalinya pidato mengenai program keluarga berencana dilakukan di depan umum. Selama masa orde lama program keluarga berencana dilarang pemerintah dan dilakukan secara diam-diam. Saat orde baru, KB baru bisa mendapatkan tempat sebagai program resmi yang didukung pemerintah.



5. Bulan Oktober 1968 Lembaga Keluarga Berencana Nasional didirikan sebagai realisasi dari kesungguhan pemerintah untuk menekan laju pertumbuhan penduduk yang mulai tidak terkontrol.

Keluarga Berencana (KB) merupakan suatu program pemerintah yang dirancang untuk menyeimbangkan antara kebutuhan dan jumlah penduduk. Program keluarga berencana oleh pemerintah adalah agar keluarga sebagai unit terkecil kehidupan bangsa diharapkan menerima Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) yang berorientasi pada pertumbuhan yang seimbang. Gerakan Keluarga Berencana Nasional Indonesia telah berumur sangat lama yaitu pada tahun 70-an dan masyarakat dunia menganggap berhasil menurunkan angka kelahiran yang bermakna. Perencanaan jumlah keluarga dengan pembatasan yang bisa dilakukan dengan penggunaan alat-alat kontrasepsi atau penanggulangan kelahiran seperti kondom, spiral, IUD, dan sebagainya.

Adapun beberapa jenis alat kontrasepsi, antara lain:

1. Pil (biasa dan menyusui) yang mempunyai manfaat tidak mengganggu hubungan seksual dan mudah dihentikan setiap saat. Terhadap kesehatan resikonya sangat kecil.
2. Suntikan (1 Bulan dan 3 Bulan) sangat efektif (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan. Alat kontrasepsi suntikan juga mempunyai keuntungan seperti klien tidak perlu menyimpan obat suntik dan jangka pemakaiannya bias dalam jangka panjang.
3. Implan (susuk) yang merupakan alat kontrasepsi yang digunakan dilengan atas bawah kulit dan sering digunakan pada tangan kiri. Keuntungannya daya guna tinggi, tidak mengganggu produksi ASI dan pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan.
4. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) merupakan alat kontrasepsi yang digunakan dalam rahim. Efek sampingnya sangat kecil dan mempunyai keuntungan efektivitas dengan proteksi jangka panjang 5 tahun dan kesuburan segera kembali setelah AKDR diangkat.



5. Kondom, merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Manfaatnya kondom sangat efektif bila digunakan dengan benar dan murah atau dapat dibeli secara umum.
6. Tubektomi adalah prosedur bedah mini untuk memotong, mengikat atau memasang cincin pada saluran tuba fallopi untuk menghentikan fertilisasi (kesuburan) seorang perempuan. Manfaatnya sangat efektif, baik bagi klien apabila kehamilan akan terjadi resiko kesehatan yang serius dan tidak ada efek samping dalam jangka panjang.

### **Tujuan Keluarga berencana (KB)**

#### **Tujuan umum**

Meningkatkan kesejahteraan ibu, anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Normal Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.

#### **Tujuan khusus**

1. Meningkatkan jumlah penduduk untuk menggunakan alat kontrasepsi.
2. Menurunnya jumlah angka kelahiran bayi.
3. Meningkatnya kesehatan keluarga berencana dengan cara penjarangan kelahiran

Program KB memiliki banyak manfaat bagi kesehatan, kesejahteraan, dan kebahagiaan keluarga di Indonesia. Manfaat dari KB antara lain:

#### **1. Menurunkan Risiko Kanker Rahim dan Serviks**

Rahim adalah bagian penting dalam organ reproduksi wanita. Salah satu penyakit berbahaya yang dapat menyerang sistem reproduksi ini adalah kanker rahim. Kanker rahim menyerang sel-sel pada dinding rahim.



Sementara kanker serviks adalah kanker yang muncul pada leher rahim organ wanita. Serviks berfungsi sebagai pintu masuk menuju rahim.

Kedua kanker ini disebabkan oleh virus HPV atau *Human Papillomavirus*.

Penggunaan alat-alat kontrasepsi seperti spiral dapat menurunkan resiko terserang kanker ini secara signifikan. Hal ini dikarenakan spiral yang ditanam di dalam rahim dapat mencegah serangan dari virus HPV.

## **2. Menghindari Kehamilan yang Tidak Diharapkan**

Kehamilan yang tidak diharapkan sering kali terjadi di tengah masyarakat dan biasanya disebabkan oleh kecerobohan. Kasus ini umumnya terjadi pada pasangan muda yang belum terikat pernikahan atau keluarga yang sudah memiliki terlalu banyak momongan.

Maraknya pergaulan bebas di Indonesia juga membuat jumlah kehamilan di luar nikah kian meningkat.

Kehamilan-kehamilan tersebut biasanya diakhiri dengan tindakan berbahaya yaitu aborsi untuk menggugurkan kandungan.

Jika janin tersebut akhirnya dilahirkan, tetap akan ada masalah seperti kesiapan mental orang tua dalam membina momongan atau beban ekonomi keluarga yang akan meningkat.

Program KB dibuat dengan tujuan meminimalisir kasus-kasus seperti ini.

## **3. Mencegah Penyakit Menular Seksual**

Berhubungan seksual tidak terlepas dari risiko menderita penyakit menular seksual (PMS). Penggunaan alat kontrasepsi dapat mencegah penyakit-penyakit seperti HIV/AIDS, sipilis, dan penyakit menular seksual lainnya.

## **4. Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Bayi**

Proses kehamilan yang direncanakan dengan matang akan memberikan dampak baik bagi kesehatan ibu dan bayi.

Program keluarga berencana akan memberikan pengarahan kepada orangtua untuk langkah-langkah menjaga kesehatan ibu hamil dan kesehatan kandungan.



### **5. Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi**

Kasus ibu dan bayi yang meninggal pada proses persalinan masih sering dijumpai. Kasus tersebut bisa terjadi sewaktu proses persalinan maupun di hari-hari awal kelahiran sang bayi.

Hal seperti ini terjadi karena sang ibu kurang mengerti hal-hal yang harus dilakukan sewaktu masa hamil atau belum siap untuk melahirkan.

Program keluarga berencana juga akan memberikan pengarahan kepada ibu hamil dan keluarga tentang cara merawat kesehatan ibu dan janin.

Selain itu pengarahan tentang proses persalinan juga akan diberikan.

### **6. Menghasilkan Keluarga yang Berkualitas**

Kualitas keluarga banyak ditentukan oleh perencanaan keluarga yang matang mengenai jumlah anak, jarak kelahiran dan usia ideal untuk hamil. Keluarga yang merencanakan hal tersebut secara mendalam memiliki kesempatan lebih besar untuk menjadi keluarga berkualitas dari berbagai aspek kehidupan.

Kesehatan yang terjaga, ekonomi yang stabil, serta pendidikan yang baik adalah beberapa aspek penting untuk keluarga berkualitas.

### **7. Menjamin Pendidikan Anak Lebih Baik**

Dewasa ini, banyak dijumpai anak di bawah umur yang seharusnya bersekolah, terlihat membanting tulang untuk mencari uang sendiri. Hal tersebut dilakukan untuk membantu menghidupi dan mengurangi beban keluarganya. Masalah ini terjadi karena kurangnya perencanaan dalam keluarga. Jumlah momongan harus disesuaikan dengan kondisi ekonomi keluarga, jika memang sedang berkekurangan, sebaiknya berpikir lebih matang sebelum menambah momongan.

Keluarga berencana terbagi menjadi 2 jenis yaitu kontrasepsi sederhana tanpa alat, dan kontrasepsi sederhana dengan alat. Terdapat bermacam-macam jenis kontrasepsi yang dianjurkan oleh program KB. Namun, setiap metode mencegah kehamilan yang ada pasti jatuh ke dalam 2 jenis tersebut.



Berikut adalah perinciannya:

### **Keluarga Berencana Alami (Tanpa Alat)**

#### **1. Senggama Terputus (*Pull Out Method*)**

Metode kontrasepsi ini adalah salah satu yang paling sering digunakan dan juga yang paling tua. Senggama terputus mewajibkan pria untuk mengetahui betul kapan spermanya akan keluar. Cara ini tidak dianjurkan oleh dokter karena sang pria sering kali tidak mampu mengontrol diri dan gagal mengeluarkan spermanya di luar. Metode ini dilakukan sama seperti bersenggama biasa, tetapi pada puncak senggama, penis dikeluarkan dari vagina dan sperma dikeluarkan di luar.

#### **2. Sistem Kalender (*Pantang Berkala*)**

Dengan mengetahui betul masa subur sang istri, maka pasangan dapat mencegah terjadinya kehamilan. Umumnya cara ini digunakan agar istri cepat hamil, tetapi dapat juga digunakan sebaliknya. Metode kontrasepsi ini menganjurkan agar pasangan tidak bersenggama saat istri sedang dalam masa subur.

### **Kontrasepsi Sederhana Dengan Alat**

#### **1. Kondom**

Kondom adalah alat kontrasepsi yang sangat populer di kalangan masyarakat. Popularitas kondom terus meningkat karena dalam sebuah penelitian di laboratorium membuktikan bahwa kondom sangat efektif dan aman untuk digunakan. Selain itu, kondom juga dapat mencegah berbagai macam penyakit menular seksual seperti HIV/AIDS. Kondom adalah sebuah kantung karet tipis tidak berpori dan biasanya berbahan dasar lateks. Alat kontrasepsi ini digunakan untuk menutupi alat kemaluan pria sebelum penetrasi dilakukan. Selain tidak memiliki efek samping, kondom sangat murah dan mudah untuk didapatkan.

#### **2. Diafragma**

Diafragma adalah kap berbahan dasar lateks yang berbentuk bulat cembung. Sebelum berhubungan seksual, alat kontrasepsi ini dimasukkan ke dalam vagina untuk menutupi serviks. Cara kerja diafragma adalah dengan menahan laju sperma agar tidak dapat mencapai sel telur.



Beberapa jenis kontrasepsi diafragma adalah: *coiled wire (coil spring)*, *flat metal band (flat spring)*, dan *arching spring*.

### 3. Pil Keluarga Berencana (Pil KB)

Pil KB pertama kali diperkenalkan pada tahun 1960. Pil tersebut adalah obat keluarga berencana yang dapat mencegah kehamilan jika diminum. Pil KB dipercaya dapat mencegah kehamilan hingga lebih dari 99%, yang berarti dari 1000 wanita yang mengkonsumsinya, hanya kurang dari 10 orang yang hamil. Pil KB adalah solusi metode kontrasepsi efektif yang bersifat sementara. Cara kerja pil KB adalah dengan menggunakan hormon estrogen dan progesteron untuk memicu pengentalan lendir serviks dan membuat dinding rongga rahim tidak siap untuk ovulasi. Perlu diketahui bahwa pil KB tidak boleh digunakan oleh ibu menyusui. Penggunaan pil KB harus dihentikan selama kurang lebih 6 bulan sebelum menyusui bayi.

### 4. Suntik KB

Suntik KB adalah metode kontrasepsi yang mencegah kehamilan dengan suntikan hormon yang umumnya dilakukan sebulan atau 3 bulan sekali. Selain memiliki tingkat keberhasilan lebih dari 99%, suntik kb juga praktis, efektif, dan aman untuk dilakukan.

### 5. KB Implan (KB Susuk)

KB implan atau yang biasa disebut alat kontrasepsi bawah kulit adalah metode kontrasepsi dengan menyusupkan sebuah implan kecil di dalam lengan bagian atas. Bentuknya mirip seperti sebuah tabung kecil dan ukurannya kurang lebih mirip dengan sebatang korek api. Implan tersebut mengandung hormon progestin yang dikeluarkan sedikit demi sedikit. Setelah dipasang, KB implan dapat mencegah kehamilan selama 3 atau 5 tahun (tergantung jenisnya). KB implan juga biasa disebut dengan KB susuk karena cara pemasangannya mirip dengan memasang susuk kecantikan.

### 6. Vasektomi (Sterilisasi Pria)

Vasektomi adalah operasi kecil pada testis pria yang dilakukan untuk mencegah transportasi sperma. Vasektomi adalah metode kontrasepsi



yang sangat efektif dalam mencegah kehamilan karena bersifat permanen. Metode sterilisasi ini akan membuat sperma untuk tidak lagi keluar bersamaan dengan air mani pada saat pria ejakulasi.

#### **7. Tubektomi (Sterilisasi Wanita)**

Tubektomi atau ligasi tuba adalah operasi yang memotong dan menutup tuba falopi sehingga menghalangi sperma masuk ke tuba falopi dan membuat sel telur tidak dapat masuk ke dalam rahim. Metode kontrasepsi ini bersifat permanen dan dapat dilakukan kapan saja setelah persalinan normal ataupun sesar.

#### **8. Spermisida**

Spermisida adalah kontrasepsi yang berguna untuk membunuh sperma sebelum sampai ke uterus (rahim). Spermisida biasanya berbentuk gel, krim, atau tisu dan mudah untuk ditemui di apotek. Cara menggunakan spermisida adalah dengan memasukkan benda tersebut ke dalam vagina atau mengoleskannya pada bagian atas penis. Spermisida digunakan kurang lebih 10 – 15 menit sebelum melakukan hubungan seksual.

#### **9. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)**

AKDR atau yang biasa disebut IUD (*Intra Uterine Device*) adalah salah satu alat kontrasepsi wanita yang terbaik. AKDR adalah sebuah alat yang terbuat dari plastik atau logam dan dimasukkan ke dalam uterus melalui kanalis servikalis. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim mencegah pembuahan terjadi dengan mengubah transportasi tuba dalam rahim yang mempengaruhi sperma dan sel telur. AKDR sangat efektif untuk digunakan dan tidak memberikan efek samping hormonal seperti pil KB atau suntik KB. Ibu menyusui juga dapat menggunakan AKDR karena tidak ada efek samping terhadap kelancaran ataupun kadar asi (air susu ibu). Penggunaan kontrasepsi ini wajib dilakukan melalui pemeriksaan dokter untuk mengetahui jenis AKDR yang cocok untuk sang wanita.

Pandangan masyarakat baik yang berkembang di masyarakat Barat maupun masyarakat Timur menganggap bahwa status wanita umumnya lebih rendah daripada kaum pria. Hal ini juga berkaitan dengan pengambilan keputusan dalam hal program keluarga berencana dan



kesehatan reproduksi. Program keluarga berencana yang mengedepankan hak-hak reproduksi, pemberdayaan perempuan dan kesetaraan gender. Upaya pemberdayaan perempuan dimaksudkan agar perempuan mempunyai posisi tawar dan posisi setara dalam pengambilan keputusan KB dan kesehatan reproduksi.

Peningkatan partisipasi laki-laki dalam KB dan kesehatan reproduksi merupakan salah satu upaya untuk menyadarkan masyarakat secara luas akan anggapan salah 'KB urusan perempuan'. Pemberi pelayanan yang memperhatikan kebutuhan laki-laki dan perempuan secara seimbang adalah contoh bahwa pelayanan tidak diskriminatif gender, dapat diakses dan memberi kesempatan kepada laki-laki dan perempuan berpartisipasi sebagai peserta KB. Pemahaman yang tepat akan KB dan kesehatan reproduksi secara bertahap akan mengurangi dominasi suami dalam pengambilan keputusan KB dan kesehatan reproduksi.

Klien adalah seseorang yang membutuhkan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, baik informasi maupun pelayanan konseling dan pelayanan medis. Klien, baik laki-laki maupun perempuan, seyogyanya mencari informasi tentang KB dan kesehatan reproduksi kepada petugas di tempat pelayanan yang ada di sekitar tempat tinggalnya. Dengan pemahaman tentang KB dan kesehatan reproduksi ini laki-laki dan perempuan dapat secara seimbang berpartisipasi serta memperoleh manfaat yang sama dari informasi dan pelayanan KB- kesehatan reproduksi. Dengan bekal informasi ini pula suami dan isteri dapat saling mendiskusikan permasalahan KB dan kesehatan reproduksi, tanpa ada salah satu pihak yang dominan dalam pembahasan maupun pengambilan keputusan.

Efektivitas pelaksanaan program kesehatan reproduksi dan keluarga berencana sedikit banyak tergantung kepada pemahaman peran gender dari pemberi pelayanan kesehatan reproduksi dan KB. Pemberi pelayanan hendaknya tidak diskriminatif terhadap klien laki-laki dan perempuan yang memerlukan pelayanannya. Demikian pula halnya



dengan sarana-peralatan yang ada diupayakan dapat memenuhi kebutuhan klien laki-laki dan perempuan.

### **Kesenjangan Gender Dalam KB dan Kesehatan Reproduksi**

Kesenjangan gender merupakan suatu kondisi ketidak-seimbangan hubungan antara laki-laki dan perempuan dalam pelaksanaan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, sehingga salah satu pihak merasa dirugikan karena tidak dapat berpartisipasi dan memperoleh manfaat dari pelayanan tersebut. Ada tidaknya kesenjangan dalam KB dan kesehatan reproduksi dapat dilakukan melalui proses analisis gender, antara lain dapat dilihat dari faktor akses (jangkauan), manfaat, partisipasi (keikutsertaan) serta pengambilan keputusan (kontrol). Dalam uraian diatas telah disebutkan bahwa pria seolah terdiskriminasi dalam pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang antara lain dapat dilihat dari:

- a. Pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi masih sangat terbatas dan anggapan salah tentang KB urusan perempuan
- b. Hanya sekitar 39% laki-laki mengetahui metode vasektomi (kontrasepsi mantap pria/ medis operatif pria).

### **Latihan 5**

1. Tujuan umum dari program Keluarga Berencana adalah...
  - a. Meningkatkan kesejahteraan ibu, anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Normal Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.
  - b. Meningkatkan jumlah penduduk untuk menggunakan alat kontrasepsi.
  - c. Menurunkan jumlah angka kelahiran bayi.
  - d. Meningkatkan kesehatan keluarga berencana dengan cara penjarangan kelahiran
  - e. Bagian dari program jangka pendek



2. Tujuan khusus dari program Keluarga Berencana adalah ...

- a. Meningkatkan jumlah penduduk untuk menggunakan alat kontrasepsi.
- b. Menurunnya jumlah angka kelahiran bayi.
- c. Meningkatnya kesehatan keluarga berencana dengan cara penjarangan kelahiran
- d. Bagian dari program jangka pendek
- e. A,B dan C Benar

3. Manfaat dari Keluarga Berencana adalah ...

- a. Menurunkan Risiko Kanker Rahim dan Serviks
- b. Menghindari Kehamilan yang Tidak Diharapkan
- c. Mencegah Penyakit Menular Seksual
- d. Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Bayi
- e. Semua benar

4. Jenis keluarga berencana tanpa alat yaitu ...

- a. Senggama terputus dan system kalender
- b. Suntik 3 bulan
- c. Kondom
- d. Vasektomi
- e. Tubektomi

5. Jenis keluarga berencana dengan alat yaitu ...

- a. Kondom
- b. Diafragma
- c. Spermisida
- d. Implan
- e. Semua benar



## KEGIATAN BELAJAR

6

### KESEHATAN REMAJA

#### Tujuan :

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk : Menjelaskan Kesehatan reproduksi remaja; Definisi dan klasifikasi remaja; Karakteristik remaja; Permasalahan remaja (seks pra nikah, KTD, aborsi); Kaitan budaya dan gender dengan kesehatan reproduksi remaja

#### Definisi Dan Klasifikasi Remaja

Masa remaja merupakan masa transisi yang unik dan ditandai oleh berbagai perubahan fisik, emosi dan psikis. Usia remaja yaitu 10 – 19 tahun, merupakan masa yang khusus dan penting, karena merupakan periode pematangan organ reproduksi manusia dan sering disebut masa pubertas. Masa remaja adalah periode peralihan dari masa anak ke masa dewasa.

Pada masa remaja terjadi perubahan fisik (organobiologik) secara tepat, yang tidak seimbang dengan perubahan kejiwaan (mental emosional). Perubahan yang cukup besar ini dapat membingungkan remaja yang mengalaminya. Karena itu mereka memerlukan pengertian, bimbingan dukungan lingkungan di sekitarnya, agar tumbuh dan berkembang menjadi manusia dewasa yang sehat baik jasmani, maupun mental dan psikososial.

Dalam lingkungan sosial tertentu, masa remaja bagi pria merupakan saat diperolehnya kebebasan, sementara bagi remaja wanita merupakan saat mulainya segala bentuk pembatasan. Pada masa yang lalu, anak gadis mulai dipingit ketika mereka mulai mengalami haid. Walaupun dewasa ini praktek seperti itu telah jarang ditemukan, namun perlakuan terhadap remaja pria dan wanita masih sering berbeda, yang



menempatkan remaja putri dalam posisi yang dirugikan. Kesetaraan perlakuan terhadap remaja pria dan wanita diperlukan dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja, agar masalahnya dapat tertangani dengan tuntas.

### **Ciri – ciri Perkembangan Remaja**

Menurut usia perkembangannya, masa remaja dibagi menjadi 3 (tiga) periode, yaitu :

1. Masa remaja awal (10 – 12 tahun)
2. Masa remaja tengah (13 – 15 tahun)
3. Masa remaja akhir (16 – 19 tahun)

Ciri – ciri perkembangannya remaja perlu dipahami, agar penanganan masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksinya dapat ditangani dengan lebih baik.

#### ***Ciri khas pada remaja awal, antara lain :***

- Lebih dekat dengan teman sebaya.
- Ingin bebas.
- Lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya dan mulai berpikir abstrak.

#### ***Ciri khas pada remaja tengah antara lain :***

- Mencari identitas diri.
- Timbulnya keinginan untuk kencan.
- Mempunyai rasa cinta yang mendalam.
- Mengembangkan kemampuan berfikir abstrak.
- Berkhayal tentang aktifitas seks.

#### ***Ciri khas remaja akhir antara lain :***

- Pengungkapan kebebasan diri.
- Lebih selektif dalam mencari teman sebaya.
- Mempunyai citra jasmani dirinya.
- Dapat mewujudkan rasa cinta.
- Mampu berpikir abstrak.



## Karakteristik Remaja

### Perubahan Fisik

Terjadi pertumbuhan fisik yang cepat pada remaja, termasuk pertumbuhan organ – organ reproduksi (organ seksual) untuk mencapai kematangan, sehingga mampu melaksanakan fungsi reproduksi.

Perubahan ini ditandai dengan munculnya tanda – tanda sebagai berikut :

1. Tanda – tanda seks primer, yaitu yang berhubungan langsung dengan organ seks :
  - Terjadinya haid pada remaja wanita (menarche)
  - Terjadinya mimpi basah pada remaja laki - laki
2. Tanda – tanda seks sekunder, yaitu :
  - Pada remaja laki – laki terjadi perubahan suara, timbunya jakun, penis dan buah zakar bertambah besar, terjadinya ereksi dan ejakulasi, dada lebih lebar, badan berotot, tumbuhnya kumis, cambang dan rambut di sekitar kemaluan dan ketiak;
  - Pada remaja perempuan : pinggul melebar, pertumbuhan rahim dan vagina, payudara membesar, tumbuhnya rambut di ketiak dan sekitar kemaluan (pubis).

### Perubahan Kejiwaan

Proses perubahan kejiwaan berlangsung lambat, yang meliputi :

1. Perubahan emosi, sehingga remaja menjadi :
  - Sensitif (mudah menangis, cemas, frustrasi dan tertawa)
  - Agresif dan mudah bereaksi terhadap rangsangan luar yang berpengaruh, sehingga misalnya mudah berkelahi.
2. Perkembangan intelegensia
  - Mampu berfikir abstrak, senang memberikan kritik.
  - Ingin mengetahui hal – hal baru, sehingga muncul perilaku ingin mencoba – coba. Perilaku ini jika didorong oleh rangsangan seksual dapat membawa remaja masuk pada hubungan seks pranikah dengan segala akibatnya, antara lain : akibat matangnya organ seks maka dapat terjadi kehamilan remaja puteri di luar nikah,



upaya abortus dan penularan penyakit kelamin termasuk HIV / AIDS. Perilaku ingin mencoba – coba juga dapat mengakibatkan remaja mengalami ketergantungan NAPZA (narkotik, psikotropik dan zat adiktif lainnya, termasuk rokok dan alkohol).

### **Permasalahan Remaja (Seks Pra Nikah, KTD, Aborsi)**

Masa remaja merupakan masa transisi antara masa kanak-kanak menuju masa dewasa. Masa ini penuh dengan romantika dan gejolak. Masa remaja merupakan masa yang paling indah. Akan tetapi di balik itu ada masalah-masalah yang harus dihadapi remaja. Ada kejadian yang sebelumnya belum dialami, baik secara fisik maupun psikologis. Misalnya, secara fisik dengan tumbuhnya bulu-bulu di beberapa bagian tubuhnya, suara berubah, pertumbuhan badan yang pesat dan lain-lain. Sedangkan secara psikologis, ingin bebas dari pengaruh orang tua, menentukan pilihan sendiri dan lain-lain.

Adanya masalah-masalah yang dihadapi remaja bisa menimbulkan renggangnya hubungan atau komunikasi antara remaja dengan orang tua. Hal ini karena orang tua memandang remaja berdasarkan pengalaman dan pikirannya, sementara remaja menjalani kehidupannya berdasarkan dunianya saat ini. Persepsi yang berbeda antara remaja dengan orang tua mengakibatkan sering terjadi bentrokan antara remaja dengan orang tuanya. Beberapa masalah yang sering dihadapi remaja saat ini antara lain:

#### **Kehamilan Tidak Diinginkan**

Pada banyak kasus kehamilan yang tidak diinginkan, hampir selalu wanitalah yang paling dirugikan dan selalu dianggap yang paling bersalah. Kehamilan tidak bisa dilakukan oleh wanita seorang diri. Perlu ada kerjasama dengan pihak lain yaitu pria. Dengan demikian, kesalahan kehamilan yang tidak diinginkan tidak bisa dibebankan hanya kepada wanita.



- Ada beberapa sebab kehamilan yang tidak diinginkan, antara lain :

#### 1. Karena perkosaan

Perkosaan atau tindakan kekerasan alias kejahatan seksual dalam bentuk hubungan seksual oleh pria tanpa persetujuan wanita. Perkosaan ini bisa terjadi karena munculnya dorongan seksual yang tidak dikendalikan dengan baik. perkosaan juga bisa terjadi karena pengaruh tontonan, obat-obatan dan minuman keras maupun bacaan yang dapat mendorong atau dapat membuat seseorang birahi tinggi.

Yang namanya perkosaan ini tidak hanya terjadi pada wanita yang masih remaja, tetapi juga bisa terjadi pada wanita yang sudah dewasa. Bagi wanita, perkosaan dapat menyebabkan traumatis. Perkosaan itu bisa berdampak negative terhadap aspek mental, fisik dan sosial. Perkosaan tidak saja meninggalkan aib bagi wanita yang diperkosa, tetapi juga bagi anggota keluarga lainnya. masyarakat biasanya memberikan cap negatif hanya kepada wanita yang diperkosa saja, misalnya karena memakai rok mini yang merangsang, karena wanitanya yang menggoda, dan lain sebagainya. Adapun pria yang memerkosa sering tidak dipermasalahkan. bahkan, kadang orang tua wanita yang diperkosa bukannya memberikan perlindungan maupun dukungan agar putrinya tidak menderita beban mental, fisik, dan sosial yang berat, tetapi justru menjadikan putrinya sebagai sasaran kemarahannya.

Hubungan seksual dengan cara pemaksaan seperti kasus perkosaan ini dapat menyebabkan kehamilan. kehamilan tersebut pasti tidak dikehendaki oleh wanitanya, inilah yang disebut sebagai kehamilan yang tidak diinginkan.

#### 2. Seks bebas

Kasus ini bisa terjadi pada remaja meskipun ada juga yang terjadi pada orang dewasa yang sudah menikah. Biasanya jika terjadi pada remaja ada berbagai alasan mengapa mereka melakukan hubungan seksual sebelum menikah, misalnya untuk membuktikan cinta, takut hubungan dengan pacar akan berakhir, dan lain-lain. Padahal alasan-alasan tersebut menyesatkan.



Kehamilan sebelum nikah tidak saja beresiko secara fisik maupun psikologis, tetapi juga berdampak secara sosial. Hubungan seksual sebelum menikah memang dilarang oleh agama dan masyarakat memberikan cap negative terhadap perbuatan tersebut, demikian juga terhadap kehamilan yang diakibatkannya. Masyarakat masih menilai bahwa hubungan seksual adalah sesuatu yang sacral dan bertujuan untuk mengembangkan keturunan.

- Solusi

Banyak pilihan yang bisa dilakukan, tentunya sesuai dengan kasus yang dialami. Bagi remaja yang sudah telanjur hamil akibat perkosaan atau hubungan seksual di luar nikah, ada beberapa pilihan. Mau melanjutkan kehamilannya dengan berbagai risikonya, seperti: dikeluarkan dari sekolah, merawat dan mengasuh kehamilannya sampai kelahiran bayinya. Jika memutuskan untuk melanjutkan kehamilannya, perlu dipertimbangkan siapa yang akan merawat bayinya, apakah akan dirawat sendiri atau orangtua atau diberikan kepada orang lain untuk diadopsi.

Jika akan dirawat sendiri, harus mempersiapkan diri secara ekonomi (keuangan untuk terjaminnya kesejahteraan anak), secara psikologis (siap mental dan kejiwaan untuk berperan sebagai ibu dalam memelihara anak dengan penuh kasih sayang), juga harus siap secara sosial (mengantisipasi timbulnya masalah yang akan dihadapi dengan lingkungan).

Kalau mau menghentikan kehamilannya atau menggugurkan kandungan, lebih berbahaya lagi karena ada undang-undang yang melarang tindakan aborsi. Siapa pun yang melakukan itu akan dikenai hukuman pidana. Belum lagi pengguguran kandungan yang dilakukan secara tidak aman atau oleh orang yang tidak berkompeten. Untuk itu risikonya tambah gawat karena bisa merusak organ reproduksi, bahkan meninggal.

Wanitalah yang menanggung semua akibat dari KTD karena di dalam KUHP kita orang yang menghamili tidak terjerat hukum. Yang



terkena hanya siapa yang melakukan dan siapa yang mempunyai kandungan.

Sebaiknya melalui proses konsultasi kepada orang yang kita percaya, misalnya konsultasi dengan orangtua, saudara, atau kepada konselor di pusat-pusat pelayanan konsultasi remaja. Melalui konseling, kita dapat mendiskusikan bersama masalah-masalah yang dihadapi dan memutuskan pilihan yang akan diambil.

### **Seks Bebas**

Menurut beberapa penelitian, cukup banyak faktor penyebab remaja melakukan perilaku seks bebas. Salah satu di antaranya adalah akibat atau pengaruh mengonsumsi berbagai tontonan. Apa yang ABG tonton, berkorelasi secara positif dan signifikan dalam membentuk perilaku mereka, terutama tayangan film dan sinetron, baik film yang ditonton di layar kaca maupun film yang ditonton di layar lebar.

Hal kedua yang menjadi penyebab seks bebas di kalangan remaja adalah faktor lingkungan, baik lingkungan keluarga maupun lingkungan pergaulan. Lingkungan keluarga yang dimaksud adalah cukup tidaknya pendidikan agama yang diberikan orangtua terhadap anaknya. Cukup tidaknya kasih sayang dan perhatian yang diperoleh sang anak dari keluarganya. Cukup tidaknya keteladanan yang diterima sang anak dari orangtuanya, dan lain sebagainya yang menjadi hak anak dari orangtuanya. Jika tidak, maka anak akan mencari tempat pelarian di jalan-jalan serta di tempat-tempat yang tidak mendidik mereka. Anak akan dibesarkan di lingkungan yang tidak sehat bagi pertumbuhan jiwanya. Anak akan tumbuh di lingkungan pergaulan bebas.

Dalam lingkungan pergaulan remaja ABG, ada istilah yang kesannya lebih mengarah kepada hal negatif ketimbang hal yang positif, yaitu istilah Anak Gaul. Istilah ini menjadi sebuah ikon bagi dunia remaja masa kini yang ditandai dengan nongkrong di kafe, mondar-mandir di mal, memahami istilah bokul, gaya fun, berpakaian serba sempit dan ketat kemudian memamerkan lekuk tubuh, dan mempertontonkan bagian



tubuhnya yang seksi. Sebaliknya mereka yang tidak mengetahui dan tidak tertarik dengan hal yang disebutkan tadi, akan dinilai sebagai remaja yang tidak gaul dan kampungan. Akibatnya, remaja anak gaul inilah yang biasanya menjadi korban dari pergaulan bebas, di antaranya terjebak dalam perilaku seks bebas.

Beberapa faktor lain yang bisa menyebabkan seseorang melakukan seks bebas yaitu:

#### 1. Orang Tua

Kurangnya bimbingan dan pengawasan orang tua sudah pasti akan membuat anak menjadi liar, orang tua yang terlalu percaya kepada anak tanpa mengetahui aktivitas yang dilakukan oleh anak-anaknya merupakan tindakan yang salah yang berakibat fatal bagi si anak sendiri. Bahkan bukan tidak mungkin sebenarnya orang tua sendiri yang menjerumuskan anaknya, sebagai contoh misalnya, orang tua merasa malu kalau anaknya yg udah sma ataupun sudah remaja belum punya pacar. Orang tua yang terlalu otoriter juga tidak baik bagi perkembangan psikologi anak, ketika ia mendapatkan sekali kebebasan ia lupa segalanya.

#### 2. Lingkungan/teman

Sekuat apapun kita mempertahankan diri kalau lingkungan dan orang-orang terdekat kita tidak mendukung kita bukan tidak mungkin kita yang akhirnya terikut dengan mereka. seorang pecandu narkoba awalnya cuma ikut-ikutan teman dan sekedar iseng, begitu juga dengan seks bebas.

#### 3. Uang

Di zaman sekarang ini uang adalah segala-galanya, tolok ukur seseorang ada pada uang, kehormatan, harga diri semua diukur dengan uang. Makanya orang-orang yang kebutuhannya tidak terpenuhi mencari penghasilan tambahan dengan cara seperti itu, dengan iming-iming uang semua menjadi tidak berarti. apa yang harampun dihalalkan.

#### 4. Iman yang Lemah

Seseorang yang tidak punya iman didadanya sudah pasti dia tidak tahan dengan godaan dunia yang memang berat, sekecil apapun godaan itu apalagi godaan berat.



## 5. Ketagihan

Seks sama seperti orang makan, kebutuhan mutlak setiap orang. Tetapi kalau dia tidak dikelola dengan benar akibatnya bisa gawat. Sekali saja mencoba pasti akan mau lagi.

### • Solusi

Ada beberapa solusi untuk mengatasi seks bebas, diantaranya:

1. Membuat regulasi yang dapat melindungi anak-anak dari tontonan yang tidak mendidik. Perlu dibuat aturan perfilman yang memihak kepada pembinaan moral bangsa. Oleh karena itu Rancangan Undang-Undang Anti Pornografi dan Pornoaksi (RUU APP) harus segera disahkan.
2. Orangtua sebagai penanggung jawab utama terhadap kemuliaan perilaku anak, harus menciptakan lingkungan keluarga yang harmonis dalam keluarganya. Kondisi rumah tangga harus dibenahi sedemikian rupa supaya anak betah dan kerasan di rumah.

Berikut petunjuk-petunjuk praktis yang diberikan Stanley Coopersmith (peneliti pendidikan anak), kepada orangtua dalam mendidik dan membina anak.

- a. Kembangkan komunikasi dengan anak yang bersifat suportif. Komunikasi ini ditandai lima kualitas; openness, empathy, supportiveness, positiveness, dan equality.
- b. Tunjukkanlah penghargaan secara terbuka. Hindari kritik. Jika terpaksa, kritik itu harus disampaikan tanpa mempermalukan anak dan harus ditunjang dengan argumentasi yang masuk akal.
3. Latihlah anak-anak untuk mengekspresikan dirinya. Orangtua harus membiasakan diri bernegosiasi dengan anak-anaknya tentang ekspektasi perilaku dari kedua belah pihak. Keempat, ketahuilah bahwa walaupun saran-saran di sini berkenaan dengan pengembangan harga diri, semuanya mempunyai kaitan erat dengan pengembangan intelektual. Proses belajar biasa efektif dalam lingkungan yang mengembangkan harga diri. Intinya, hanya apabila



harga diri anak-anak dihargai, potensi intelektual dan kemandirian mereka dapat dikembangkan.

### **Narkoba**

Masalah penyalahgunaan NARKOBA / NAPZA khususnya pada remaja adalah ancaman yang sangat mencemaskan bagi keluarga khususnya dan suatu bangsa pada umumnya. Pengaruh NAPZA sangatlah buruk, baik dari segi kesehatan pribadinya, maupun dampak sosial yang ditimbulkannya. Masalah pencegahan penyalahgunaan NAPZA bukanlah menjadi tugas dari sekelompok orang saja, melainkan menjadi tugas kita bersama. Upaya pencegahan penyalahgunaan NAPZA yang dilakukan sejak dini sangatlah baik, tentunya dengan pengetahuan yang cukup tentang penanggulangan tersebut. Peran orang tua dalam keluarga dan juga peran pendidik di sekolah sangatlah besar bagi pencegahan penanggulangan terhadap NAPZA.

Narkoba atau NAPZA adalah bahan / zat yang dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan / psikologi seseorang (pikiran, perasaan dan perilaku) serta dapat menimbulkan ketergantungan fisik dan psikologi. Yang termasuk dalam NAPZA adaiah: Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya.

#### **1. Narkotika**

Menurut UU RI No 22 / 1997, Narkotika adalah: zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semisintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan.

#### **2. Psikotropika**

Menurut UU RI No 5 / 1997, Psikotropika adalah : zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku.

#### **3. Zat Adiktif Lainnya**

Yang termasuk Zat Adiktif lainnya adalah : bahan/zat yang



berpengaruh psikoaktif diluar Narkotika dan Psikotropika, meliputi minuman alkohol, inhalasi (gas yang dihirup) dan solven (zat pelarut), serta tembakau.

- **Penyebab Penyalahgunaan Napza**

Penyebabnya sangatlah kompleks akibat interaksi berbagai faktor :

1. **Faktor individual :**

Kebanyakan dimulai pada saat remaja, sebab pada remaja sedang mengalami perubahan biologi, psikologi maupun sosial yang pesat. Ciri-ciri remaja yang mempunyai resiko lebih besar menggunakan NAPZA :

- a. Cenderung memberontak
- b. Memiliki gangguan jiwa lain, misalnya : depresi, cemas.
- c. Perilaku yang menyimpang dari aturan atau norma yang ada
- d. Kurang percaya diri
- e. Mudah kecewa, agresif dan destruktif
- f. Murung, pemalu, pendiam
- g. Merasa bosan dan jenuh
- h. Keinginan untuk bersenang-senang yang berlebihan
- i. Keinginan untuk mencaoba yang sedang mode
- j. Identitas diri kabur
- k. Kemampuan komunikasi yang rendah
- l. Putus sekolah
- m. Kurang menghayati iman dan kepercayaan.

2. **Faktor Lingkungan :**

Faktor lingkungan meliputi faktor keluarga dan lingkungan pergaulan baik sekitar rumah, sekolah, teman sebaya, maupun masyarakat.

- **Lingkungan Keluarga :**

- a. Komunikasi orang tua dan anak kurang baik
- b. Hubungan kurang harmonis
- c. Orang tua yang bercerai, kawin lagi



- d. Orang tua terlampau sibuk, acuh
- e. Orang tua otoriter
- f. Kurangnya orang yang menjadi teladan dalam hidupnya
- g. Kurangnya kehidupan beragama.
- o Lingkungan Sekolah :
  - a. Sekolah yang kurang disiplin.
  - b. Sekolah terletak dekat tempat hiburan
  - c. Sekolah yang kurang memberi kesempatan pada siswa untuk mengembangkan diri secara kreatif dan positif.
  - d. Adanya murid pengguna NAPZA.
- o Lingkungan Teman Sebaya :
  - a. Berteman dengan penyalahguna
  - b. Tekanan atau ancaman dari teman.
- o Lingkungan Masyarakat / Sosial :
  - a. Lemahnya penegak hukum
  - b. Situasi politik, sosial dan ekonomi yang kurang mendukung.

Faktor – faktor tersebut diatas memang tidak selalu membuat seseorang kelak menjadi penyalahguna NAPZA. Akan tetapi makin banyak faktor – faktor diatas, semakin besar kemungkinan seseorang menjadi penyalahguna NAPZA.

#### • Upaya Pencegahan Penyalahgunaan Napza :

Upaya pencegahan meliputi 3 hal :

1. Pencegahan primer : mengenali remaja resiko tinggi penyalahgunaan NAPZA dan melakukan intervensi. Upaya ini terutama dilakukan untuk mengenali remaja yang mempunyai resiko tinggi untuk menyalahgunakan NAPZA, setelah itu melakukan intervensi terhadap mereka agar tidak menggunakan NAPZA. Upaya pencegahan ini dilakukan sejak anak berusia dini, agar faktor yang dapat menghambat proses tumbuh kembang anak dapat diatasi dengan baik.



2. Pencegahan Sekunder : mengobati dan intervensi agar tidak lagi menggunakan NAPZA.
3. Pencegahan Tersier : merehabilitasi penyalahgunaan NAPZA.

Yang dapat dilakukan di lingkungan keluarga untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA :

1. Mengasuh anak dengan baik.
  - Penuh kasih sayang
  - Penanaman disiplin yang baik.
  - Ajarkan membedakan yang baik dan buruk
  - Mengembangkan kemandirian, memberi kebebasan bertanggung jawab
  - Mengembangkan harga diri anak, menghargai jika berbuat baik atau mencapai prestasi tertentu.
2. Ciptakan suasana yang hangat dan bersahabat. Hal ini membuat anak rindu untuk pulang ke rumah.
3. Meluangkan waktu untuk kebersamaan.
4. Orang tua menjadi contoh yang baik. Orang tua yang merokok akan menjadi contoh yang tidak baik bagi anak.
5. Kembangkan komunikasi yang baik. Komunikasi dua arah, bersikap terbuka dan jujur, mendengarkan dan menghormati pendapat anak.
6. Memperkuat kehidupan beragama. Yang diutamakan bukan hanya ritual keagamaan, melainkan memperkuat nilai moral yang terkandung dalam agama dan menerapkannya dalam kehidupan sehari - hari.
7. Orang tua memahami masalah penyalahgunaan NAPZA agar dapat berdiskusi dengan anak.

Yang dilakukan di lingkungan sekolah untuk pencegahan penyalahgunaan NAPZA :

1. Upaya terhadap siswa :
  - Memberikan pendidikan kepada siswa tentang bahaya dan akibat penyalahgunaan NAPZA.



- Melibatkan siswa dalam perencanaan pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA di sekolah.
- Membentuk citra diri yang positif dan mengembangkan ketrampilan yang positif untuk tetap menghindari dari pemakaian NAPZA dan merokok.
- Menyediakan pilihan kegiatan yang bermakna bagi siswa (ekstrakurikuler).
- Meningkatkan kegiatan bimbingan konseling.
- Membantu siswa yang telah menyalahgunakan NAPZA untuk bisa menghentikannya.
- Penerapan kehidupan beragama dalam kegiatan sehari – hari.

2. Upaya untuk mencegah peredaran NAPZA di sekolah :

- Razia dengan cara sidak
- Melarang orang yang tidak berkepentingan untuk masuk lingkungan sekolah
- Melarang siswa ke luar sekolah pada jam pelajaran tanpa ijin guru
- Membina kerjasama yang baik dengan berbagai pihak.
- Meningkatkan pengawasan sejak anak itu datang sampai dengan pulang sekolah.

3. Upaya untuk membina lingkungan sekolah :

- Menciptakan suasana lingkungan sekolah yang sehat dengan membina hubungan yang harmonis antara pendidik dan anak didik.
- Mengupayakan kehadiran guru secara teratur di sekolah
- Sikap keteladanan guru amat penting
- Meningkatkan pengawasan anak sejak masuk sampai pulang sekolah.

Yang dilakukan di lingkungan masyarakat untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA :

1. Menumbuhkan perasaan kebersamaan di daerah tempat tinggal,



sehingga masalah yang terjadi di lingkungan dapat diselesaikan secara bersama-sama.

2. Memberikan penyuluhan kepada masyarakat tentang penyalahgunaan NAPZA sehingga masyarakat dapat menyadarinya.
3. Memberikan penyuluhan tentang hukum yang berkaitan dengan NAPZA.
4. Melibatkan semua unsur dalam masyarakat dalam melaksanakan pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA.

### Tawuran

Tawuran antar pelajar bisa dimasukkan dalam beberapa kategori, antara lain: perilaku agresif, penyimpangan, kenakalan remaja, dan perkelahian massal.

#### a. Perilaku agresif

Secara sepintas setiap perilaku yang merugikan atau menimbulkan korban pada pihak orang lain dapat disebut sebagai perilaku agresif. Peran kognisi sangat besar dalam menentukan apakah suatu perbuatan dianggap agresif (jika diberi atribusi internal) atau tidak agresif (dalam hal atribusi eksternal). Dengan atribusi internal yang dimaksud adalah adanya niat, intensi, motif, atau kesengajaan untuk menyakiti atau merugikan orang lain. Dalam atribusi eksternal, perbuatan dilakukan karena desakan situasi, tidak ada pilihan lain, atau tidak disengaja.

Pengaruh kelompok terhadap perilaku agresif, antara lain adalah menurunkan hambatan dari kendali moral. Selain karena faktor ikut terpengaruh, juga karena ada perancuan tanggung jawab (tidak merasa ikut bertanggung jawab karena dikerjakan beramai-ramai), ada desakan kelompok dan identitas kelompok (kalau tidak ikut dianggap bukan anggota kelompok), dan ada deindividuasi (identitas sebagai individu tidak akan dikenal)



Karena remaja lebih banyak berada di luar rumah bersama dengan teman-teman sebaya sebagai kelompok maka dapatlah dimengerti bahwa pengaruh teman-teman sebaya pada sikap, pembicaraan, minat, penampilan, dan perilaku lebih besar daripada pengaruh keluarga.

b. Penyimpangan

Deviasi/penyimpangan diartikan sebagai tingkah laku yang menyimpang dari tendensi sentral/ciri-ciri karakteristik rata-rata populasi. Konsep deviasi hanya berarti apabila ada deskripsi dan pembahasan yang tepat mengenai norma sosial. Sedangkan norma sendiri berarti kaidah aturan pokok, ukuran, kadar atau patokan yang diterima secara utuh oleh masyarakat guna mengatur kehidupan dan tingkah laku sehari-hari agar hidup terasa aman dan menyenangkan. Norma sosial adalah batas-batas dari variasi tingkah laku yang secara eksplisit dan implisit dimiliki dan dikenal secara retrospektif oleh anggota suatu kelompok.

c. Kenakalan Remaja

Istilah kenakalan remaja (juvenile delinquency) mengacu kepada rentang suatu perilaku yang luas, mulai dari perilaku yang tidak dapat diterima secara sosial (seperti bertindak berlebihan di sekolah), pelanggaran (seperti melarikan diri dari rumah), hingga tindakan-tindakan kriminal (seperti mencuri). Demi tujuan-tujuan hukum, dibuat suatu perbedaan antara pelanggaran-pelanggaran indeks (index offenses) dan pelanggaran-pelanggaran status (status offenses). Pelanggaran-pelanggaran indeks adalah tindakan kriminal, baik yang dilakukan oleh remaja maupun orang dewasa. Tindakan-tindakan itu meliputi perampokan, penyerangan dengan kekerasan, pemerkosaan, pelacuran, dan pembunuhan. Pelanggaran-pelanggaran status adalah tindakan-tindakan yang tidak terlalu serius seperti lari dari rumah, bolos dari sekolah, dan ketidakmampuan mengendalikan diri.



#### d. Perkelahian Massal

Inti dari pengaruh kelompok terhadap agresivitas pelajar di kota besar seperti Jakarta atau terhadap agresivitas antar etnik di Bosnia Herzegovina adalah sama, yaitu identitas kelompok yang sangat kuat yang menyebabkan timbul sikap negatif dan mengeksklusifkan kelompok lain.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kegemaran berkelahi secara massal dibagi menjadi dua, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal adalah faktor yang berlangsung melalui proses internalisasi diri yang keliru oleh remaja dalam menanggapi milieu di sekitarnya dan semua pengaruh dari luar. Perilaku merupakan reaksi ketidakmampuan dalam melakukan adaptasi terhadap lingkungan sekitar. Sedangkan faktor eksternal atau faktor eksogen dikenal pula sebagai pengaruh alam sekitar, faktor sosial atau faktor sosiologis adalah semua perangsang atau pengaruh luar yang menimbulkan tingkah laku tertentu pada remaja. Faktor eksternal terdiri atas: faktor keluarga, lingkungan sekolah, dan milieu.

#### • Faktor Internal dan Faktor Eksternal

Faktor internal yang berlangsung melalui proses internalisasi diri yang keliru oleh remaja dalam menanggapi milieu di sekitarnya dan semua pengaruh dari luar. Perilaku mereka merupakan reaksi ketidakmampuan dalam melakukan adaptasi terhadap lingkungan sekitar. Sedangkan faktor eksternal atau faktor eksogen, dikenal pula sebagai pengaruh alam sekitar, faktor sosial atau faktor sosiologis adalah semua perangsang dan pengaruh luar yang menimbulkan tingkah laku tertentu pada remaja (tindak kekerasan, kejahatan, perkelahian massal, dan lain sebagainya).

Dengan semakin pesatnya usaha pembangunan, modernisasi, urbanisasi, dan industrialisasi yang berakibat semakin kompleksnya masyarakat sekarang, semakin banyak pula anak remaja yang tidak mampu melakukan penyesuaian diri terhadap berbagai perubahan sosial itu. Mereka lalu mengalami banyak kejutan, frustrasi, konflik terbuka baik internal maupun eksternal, ketegangan batin dan gangguan kejiwaan.



Apalagi ditambah oleh semakin banyaknya tuntutan sosial, sanksi-sanksi dan tekanan sosial atau masyarakat yang mereka anggap melawan dorongan kebebasan mutlak dan ambisi mereka yang sedang menggebu-gebu.

Kehidupan di kota yang serba individualistis, materialistis dengan kontak-kontak sosial yang sangat longgar juga kontak dengan orang tua dan saudara-saudara sendiri yang mengakibatkan banyak disintegrasi sosial di tengah masyarakat, jelas pula menyebabkan disintegrasi pada pribadi anak remaja, karena mereka tidak mampu mencernakan hiruk-pikuk kejadian tersebut. Dan di mata anak muda, masyarakat dewasa tidak mau tahu akan kesulitan para remaja, juga tidak sudi menolong mereka. Sebagai penyaluran dari kecemasan dan ketegangan batin tersebut, anak-anak muda lalu mengembangkan pola tingkah laku agresif dan eksplosif. Kemudian terjadilah aksi-aksi bersama dalam kelompok-kelompok, saling baku hantam, dan perkelahian antar sekolah dengan menampilkan inti permasalahan batin sendiri, yaitu dorongan untuk menampilkan egonya yang terasa lumat 'terinjak-injak' dan hanyut tidak berarti di tengah masyarakat.

Jadi, tingkah laku delikuen, ugal-ugalan, berandalan, bahkan sering menjurus kepada kriminalitas itu merupakan kegagalan sistem pengontrolan diri remaja terhadap dorongan-dorongan instingtifnya. Pandangan psikoanalisis menyatakan bahwa semua gangguan psikiatrik termasuk pula proses pengembangan anak remaja menuju kepada kedewasaan serta proses adaptasinya terhadap tuntutan lingkungan sekitar ada pada individu itu sendiri berupa: konflik batiniah, permasalahan intrapsikis, dan menggunakan reaksi frustrasi negatif atau mekanisme pelarian dan pembelaan diri yang salah. Semua mekanisme reaktif tersebut di atas sangat tidak sehat sifatnya dan dampaknya amat merisaukan anak jiwa remaja bahkan bisa membuat mereka salah tingkah, dan menggunakan mekanisme reaksi frustrasi negatif. Beberapa reaksi frustrasi negatif yang bisa menyebabkan anak remaja salah ulah ialah:



teknik anggur masam, teknik jeruk manis, identifikasi, narsisme, dan autisme.

Faktor eksternal yang menyebabkan kenakalan remaja yaitu:

a. Faktor Keluarga

- Baik buruknya rumah tangga atau berantakan dan tidaknya sebuah rumah tangga
- Perlindungan lebih yang diberikan orang tua
- Penolakan orang tua, ada pasangan suami istri yang tidak pernah bisa memikul tanggung jawab sebagai ayah dan ibu
- Pengaruh buruk dari orang tua, tingkah laku kriminal, asusila

b. Faktor Lingkungan Sekolah

Lingkungan sekolah yang tidak menguntungkan bisa berupa bangunan sekolah yang tidak memenuhi persyaratan, di antaranya adalah:

- tanpa halaman bermain yang cukup luas
- tanpa ruangan olah raga
- minimnya fasilitas ruang belajar
- jumlah murid di dalam kelas yang terlalu banyak dan padat
- ventilasi dan sanitasi yang buruk dan lain sebagainya

• Pencegahan dan Penanganan

Banyak upaya yang telah dilakukan untuk mengurangi kenakalan remaja. Upaya-upaya ini meliputi bentuk-bentuk psikoterapi individual dan kelompok, terapi keluarga, modifikasi perilaku, rekreasi, pelatihan kejuruan, sekolah-sekolah alternatif, perkemahan dan berperahu di alam terbuka, penahanan dan pembebasan bersyarat, program kakak asuh, organisasi komunitas, dan membaca alkitab.

Walaupun hanya sedikit model yang diidentifikasi sukses untuk mencegah dan berperan untuk penanganan kenakalan, banyak pakar di bidang kenakalan remaja sepakat bahwa poin-poin berikut ini perlu diuji lebih seksama sebagai cara yang mungkin diterapkan untuk pencegahan dan penanganan kenakalan remaja:



- Program harus lebih luas cakupannya daripada hanya sekedar berfokus pada kenakalan
- Program harus memiliki komponen-komponen ganda, karena tidak ada satu pun komponen yang berdiri sendiri sebagai peluru ajaib yang dapat memerangi kenakalan
- Program-program harus sudah dimulai sejak awal masa perkembangan anak untuk mencegah masalah belajar dan berperilaku
- Sekolah memainkan peranan penting
- Upaya-upaya harus diarahkan pada institusional daripada pada perubahan individual, yang menjadi titik berat adalah meningkatkan kualitas pendidikan bagi anak-anak yang kurang beruntung
- Memberi perhatian kepada individu secara intensif dan merancang program unik bagi setiap anak merupakan faktor yang penting dalam menangani anak-anak yang berisiko tinggi untuk menjadi nakal
- Manfaat yang didapatkan dari suatu program sering kali hilang saat program tersebut dihentikan, oleh karenanya perlu dikembangkan program yang sifatnya berkesinambungan.

Upaya menyembuhkan gejala patologi pada kenakalan remaja dan perkelahian massal yang dikemukakan Kartini Kartono adalah sebagai berikut:

- Banyak mawas diri, melihat kelemahan dan kekurangan sendiri, dan melakukan koreksi terhadap kekeliruan yang sifatnya tidak mendidik dan meruntun itu
- Memberi kesempatan kepada remaja untuk beremansipasi dengan cara yang baik dan sehat
- Memberikan bentuk kegiatan dan pendidikan yang relevan dengan kebutuhan remaja zaman sekarang serta kaitannya dengan pengembangan bakat dan potensi remaja.

## AIDS

Menurut survey sekitar 50 % manusia Indonesia yang terinfeksi Virus HIV AIDS berusia kurang dari 25 th, dan 20 % adalah berumur kurang dari 20 tahun. AIDS adalah kumpulan gejala penyakit yang



disebabkan oleh virus yang dinamakan HIV (Human Immuo Deficiency Virus). Virus ini merusak system kekebalan tubuh seseorang, yang dimana penyakit yang tidak berbahaya pun biasa menyebabkan kematian bagi si penderita.

- **Penyebab Remaja sangat rentan tertular AIDS**

Karena usia remaja merupakan masa yang penuh dengan perubahan baik jasmani maupun kejiwaan. Selain itu juga timbul sifat keinginan untuk mencoba berbagai macam hal termasuk Sex dan Narkotika. Perubahan social dan psikologi yang cepat juga menyebabkan remaja dihadapkan pada berbagai pilihan perilaku. Di mana perilaku yang tidak sehat akan memudahkan remaja terjangkit vitus ini. Namun bukan berarti para orang tua tidak akan terjangkit virus ini, karena Virus ini bisa menular melalui :

1. *Hubungan Sex*
2. *Jarum Suntik bekas pemakai pengidap HIV / AIDS*
3. *Transfusi darah dari si penderita*
4. *Ibu hamil yang tubuhnya terjangkit virus ini dapat menularkan kepada janin yang sedang di kandungnya*

Namun Aids tidak akan menular melaui :

1. *Bersalaman*
2. *Mencium pipi*
3. *Memakai alat makan dan minum secara bersamaan*
4. *Menggunakan fasilitas umum*
5. *Tinggal satu atap dengan si penderita*
6. *Batuk , bersin dan air mata tidak dapat menularkan virus tersebut*
7. *Gigitan serangga*

Banyak dari kita merasa sehat, namun jangan sampai itu menjadi boomerang untuk diri kita sendiri karena gejala-gejala AIDS mudah untuk kita kenali diantaranya sebagai berikut :

1. *Badan terasa cepat lelah*
2. *Sering demam tinggi disertai mengeluarkan keringat dimalam hari*
3. *Berat badan turun secara drastic*



4. Mengalami sesak nafas dan batuk kering yang tak kunjung sembuh
5. Diare dan mencret lebih dari 1 bulan
6. Terdapat bercak putih atau sariawan
7. Terdapat bercak merah kebiruan pada kulit.
- Cara Mencegah dan Mengatasinya
1. Menghindari hubunga sex di luar nikah.
2. Tidak menjadi donor darah, apabila kita sudah terjangkit virus ini.
3. Memakai aiat suntik satu kali pakai.
4. Berani menolak ajakan berisiko penulara HIV/AIDS
5. Jauhi narkotika

### Latihan 6

1. Defenisi masa remaja adalah ...
  - a. Masa remaja merupakan masa transisi yang unik dan ditandai oleh berbagai perubahan fisik, emosi dan psikis.
  - b. Masa yang khusus dan penting, karena merupakan periode pematangan organ reproduksi manusia dan sering disebut masa pubertas.
  - c. periode peralihan dari masa anak ke masa dewasa.
  - d. Masa kritis
  - e. A,B dan C benar.
2. Ciri khas remaja awal adalah ...
  - a. Lebih dekat dengan teman sebaya.
  - b. Ingin bebas.
  - c. Lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya dan mulai berpikir abstrak.
  - d. Mencari identitas keluarga
  - e. A,B, dan C benar
3. Ciri khas remaja tengah adalah ...
  - a. Mencari identitas diri dan Timbulnya keinginan untuk kencan.



- b. Mempunyai rasa cinta yang mendalam dan Mengembangkan kemampuan berfikir abstrak.
  - c. Berkhayal tentang aktifitas seks.
  - d. Aktif berorganisasi
  - e. A, B, dan C benar
4. Ciri khas remaja akhir adalah ...
- a. Pengungkapan kebebasan diri dan Lebih selektif dalam mencari teman sebaya.
  - b. Mempunyai citra jasmani dirinya dan Dapat mewujudkan rasa cinta.
  - c. Mampu berpikir abstrak.
  - d. Aktif berorganisasi
  - e. A, B, dan C benar
5. Tanda – tanda seks sekunder pada remaja , yaitu :
- a. Pada remaja laki – laki terjadi perubahan suara, timbulnya jakun, penis dan buah zakar bertambah besar, terjadinya ereksi dan ejakulasi, dada lebih lebar, badan berotot, tumbuhnya kumis, cambang dan rambut di sekitar kemaluan dan ketiak;
  - b. Pada remaja perempuan : pinggul melebar, pertumbuhan rahim dan vagina, payudara membesar, tumbuhnya rambut di ketiak dan sekitar kemaluan (pubis).
  - c. Pengungkapan kebebasan diri dan Lebih selektif dalam mencari teman sebaya.
  - d. Mempunyai rasa cinta yang mendalam dan Mengembangkan kemampuan berfikir abstrak.
  - e. A dan B benar



## KEGIATAN BELAJAR

7

### KESEHATAN LANSIA

#### Tujuan :

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk : Menjelaskan Kesehatan reproduksi lansia; Definisi, Klasifikasi lansia dan permasalahannya; Kaitan budaya dan gender dengan kesehatan reproduksi lansia

#### Definisi

Masa usia lanjut adalah masa perkembangan yang masih terus berlanjut, meskipun secara badani mengalami kemunduran, tergantung dari kepribadian lanjut usia itu apakah akan berhasil menghadapi tantangan dan tugas-tugas baru (menyokong usia lanjut dengan bugar dan bahagia)

Menurut Bernice (1975) membagi:

- Lanjut usia muda yaitu: Orang yang berumur lebih dari 45 tahun
- Lanjut usia tua yaitu : mereka yang berumur lebih dari 75 tahun

Pada masa ini terjadi beberapa hal urgen yaitu:

#### Klasifikasi Lansia Dan Permasalahannya

Perubahan yang terjadi pada masa ini yaitu:

- Proses menua intrinsik (Fisiologik sejati)

Yaitu proses menua yang berlangsung secara alamiah disebabkan berbagai factor didalam tubuh sendiri. Perubahan kulit menyeluruh dan sejalan dengan dengan faktor didalam tubuh sendiri. Perubahan kulit menyeluruh dan sejalan dengan bertambahnya usia. Proses menua itu tidak dapat dihindari hanya dapat diperlambat.

- Proses menua ekstrinsik

Yaitu proses menua akibat dari luar tubuh. Sinar matahari dan factor lingkungan lainnya menyebabkan proses menua berjalan cepat (proses menua dini). Perubahan terjadi terutama pada daerah yang



terpanjang proses menua ekstrinsik lebih mungkin dicegah (menyokong usia lanjut dengan bugar dan bahagia).

- Klimakterium

- Berakhir kira-kira 6 – 7 tahun setelah menopause
- Proses menjadi tua sudah mulai sejak umur 40 tahun
- Pada wanita diatur 40 tahun siklus haid untuk 25% tidak disertai ovulasi yang bersifat anovulatur

- Menopause

- Perubahan kejiwaan
  - Merasa tua, tidak menarik lagi, masa tertekan Karena takut menjadi tua, mudah tersinggung, mudah kaget sehingga jantung berdebar, takut tidak dapat memenuhi kebutuhan seksual suami, rasa takut bahwa suami akan menyeleweng
  - Keinginan seksual menurun dan sulit mencapai kepuasan (orgasme)
  - Mereka juga merasa sudah tidak berguna dan tidak menghasilkan sesuatu, merasa memberatkan keluarga dan orang lain.
- Perubahan fisik
  - Seorang wanita mengalami perubahan kulit
  - Lemak bawah kulit berkurang sehingga kulit menjadi kasar
  - Kulit mudah terbakar sinar matahari dan menimbulkan pigmentasi dan menjadi hitam
  - Pada kulit tumbuh bintik hitam
  - Otot bawah kulit muka mengendor sehingga jatuh dan lembek
  - Kelenjar kulit kurang berfungsi, sehingga kulit menjadi kering dan keriput
- Perubahan metabolisme tubuh meliputi:
  - Menurunnya pengeluaran hormone tiroksin dan insolin



- Pembakaran dan keperluan tubuh menjadi menurun
- Kelebihan bahan nutrisi akan disimpan dalam bentuk lemak dan gula. Akibatnya akan terjadi kegemukan, dimana deposit lemak terdapat pada bokong, payudara dan perut.
- Perubagan sistem jantung dan pembuluh darah
- Perubahan yang terjadi pada alat genital meliputi:
  - Liang senggama terasa kering
  - Lapisan sel liang senggama menipis yang menyebabkan mudah terkena infeksi
  - Daerah sensitive makin sulit untuk dirangsang, saat hubungan seksual dapat terjadi nyeri, sulit mencapai orgasme.
- Perubahan pada tulang meliputi:
  - Kombinasi rendahnya hormone estrogen dan hormone parathyroid
  - Tulang mengalami dekalsifikasi (pengapuran) artinya kalsium menurun sehingga tulang keropos dan mudah terjadi patah tulang (memahami kesehatan reproduksi wanita)

#### • Senium

- Tercapaiannya keseimbangan hormonal yang baru
- Kemunduran alat-alat tubuh dan kemampuan fisik sebagai proses menjadi tua.
- Terjadi osteoporosis dengan intensitas berbeda pada masing-masing wanita,
- Berkurangnya pengaruh hormone steroid
- Berkurangnya aktifitas oosobdast.

#### ➤ Klimakterium

(Bahasa yunani: tangga) merupakan masa peralihan antara masa reproduksi dan masa senium.



Klimakterium bukan merupakan suatu keadaan patologik, melainkan suatu masa peralihan yang normal, yang berlangsung beberapa tahun sebelum dan beberapa tahun sesudah menopause. Kita menjumpai kesulitan dalam menentukan awal dan akhir klimakterium, tetapi dapat dikatakan bahwa klimakterium mulai kira-kira 6 tahun sebelum menopause berdasarkan keadaan endrokinologik (kadar estrogen mulai turun dan kadar hormone gonadotrophin naik), dan jika ada gejala-gejala klinis.

Klimakterium berakhir kira-kira 6 – 7 tahun sesudah menopause. Pada saat ini kadar estrogen telah mencapai nilai yang rendah yang sesuai dengan keadaan senium, dan gejala-gejala neurovegetatif telah terhenti. Dengan demikian lamanya Klimakterium lebih kurang 13 tahun.

Mengenai dasarnya Klimakterium dapat dikatakan, bahwa jikalau pubertas disebabkan oleh mulainya sintesis hormone gonadotrophin oleh hipofisis, Klimakterium disebabkan oleh kurang bereaksinya ovarium terhadap rangsangan terhadap hormone itu. Hal ini disebabkan oleh karena ovarium menjadi lebih dahulu tua daripada alat-alat tubuh lainnya.

Proses menjadi tua sudah mulai pada umur 40 tahun. Jumlah folikel pada ovarium waktu lahir  $\pm 750.000$  buah; pada waktu menopause tinggal beberapa ribu buah. Tambahan pula folikel yang tersisa ini rupanya juga lebih resisten terhadap rangsangan gonadotrophin. Dengan demikian, siklus ovarium terdiri atas pertumbuhan folikel, ovulasi, dan pembentukan korpus luteum lambat laun terhenti. Pada wanita diatas 40 tahun siklus haid untuk 25 % tidak disertai ovulasi, jadi bersifat anovulator.

Pada Klimakterium terjadi penurunan produksi estrogen dan kenaikan hormone gonadotrophin disebabkan oleh berkurangnya produksi estrogen, sehingga native feedback terhadap produksi gonadotrophin berkurang.

Pada wanita dalam Klimakterium terjadi perubahan-perubahan tertentu, yang dapat menimbulkan gangguan-gangguan ringan atau kadang-kadang berat. Walaupun Klimakterium merupakan masa perubahan, umumnya masa itu dilalui oleh wanita-wanita tanpa banyak



keluhan; hanya pada sebagian kecil (25% pada wanita Eropa, agak kurang pada wanita Indonesia) ditemukan keluhan yang cukup berat yang menyebabkan wanita tersebut minta pertolongan dokter. Perubahan dan gangguan itu sifatnya berbeda-beda menurut waktunya Klimakterium. Pada permulaan Klimakterium kesuburan menurun, pada masa pramenopause terjadi kelainan perdarahan, sedangkan terutama pada masa pasca menopause terdapat gangguan vegetatif, psikis dan organik.

Gangguan vegetative biasanya berupa rasa panas dengan keluarnya keringat malam, dan perasaan jantung berdebar-debar. Dalam masa pasca menopause, dan seterusnya dalam senium, terjadi atrofi alat-alat genital. Ovarium menjadi kecil dan dari seberat 10 – 12 g pada wanita dalam masa reproduksi menjadi 4 g pada wanita berumur 60 tahun.

Uterus juga lambat laun mengecil dan endometrium mengalami atrofi. Walaupun demikian, uterus masih tetap dapat bereaksi terhadap estrogen; pemberian estrogen dari luar diikuti dengan penghentiannya, dapat menimbulkan withdrawl bleeding. Epitel vagina juga menipis, tetapi oleh karena masih ada estrogen, walaupun kurang dalam Klimakterium, atrofi selaput lendir vagina belum seberapa jelas, dan apus vagina memperlihatkan gambaran campuran (spread pattern). Mamma mulai menjadi lembek dan proses ini berlangsung terus dalam senium.

Sumber estrogen dalam Klimakterium selain ovarium mungkin juga glandula suprarenal; sumber utama dalam pasca menopause ialah konversi dari androsnedion.

Metabolisme sekitar menopause memperlihatkan beberapa perubahan, misalnya hiperlipemi yang mungkin merupakan salah satu factor ke arah bertambahnya penyakit koroner pada masa ini. Pada wanita yang banyak merokok, yang diberi estrogen dan yang menderita hipertensi, kemungkinan timbulnya penyakit tersebut diatas lebih besar lagi.

### ➤ Menopause

Menopause adalah haid terakhir, atau saat terjadinya haid terakhir.

Diagnosis menopause dibuat setelah amenorea sekurang-



kurangnya satu tahun. Berhentinya haid dapat didahului oleh siklus haid yang lebih panjang, dengan perdarahan yang berkurang. Umur waktu terjadinya menopause dipengaruhi oleh keturunan, kesehatan umum, dan pola kehidupan. Ada kecenderungan dewasa ini untuk terjadinya menopause pada umur yang lebih tua. Misalnya pada tahun 1925 menopause dikatakan terjadi sekitar umur 44 tahun, sedangkan pada tahun 1950 pada umur yang mendekati 50 tahun. Penelitian Agoestina dalam tahun 1982 di Bandung menunjukkan bahwa pada umur 48 tahun, 50% dari wanita Indonesia telah mengalami menopause.

Menopause rupanya ada hubungan dengan menarche. Makin dini Menarche terjadi, makin lambat menopause timbul; sebaliknya, makin lambat menarche terjadi, makin cepat menopause timbul. Pada abad ini umumnya nampak bahwa menarche makin dini timbul dan menopause makin lambat terjadi, sehingga reproduksi menjadi lebih panjang. Walaupun demikian, di negara-negara maju rupanya menarche tidak bergeser lagi ke umur yang lebih muda; tampaknya batas maksimal telah tercapai.

Bagi perempuan Indonesia usia menopause sekitar 49 tahun pada tahun 2000. Tetapi biasanya sejak wanita berusia diatas 40 tahun haid mulai tidak teratur dan siklus haid sering kali terjadi tanpa pengeluaran sel telur (ovulasi), berarti perempuan usia 40 tahun sering dikatakan tidak subur lagi, dan kecil kemungkinan untuk hamil. Bila terjadi kehamilan pada usia tersebut kemungkinan lebih besar untuk memperoleh anak yang cacat atau dengan kualitas yang kurang baik.

Masa 4-5 tahun sebelum menopause ini, disebut masa klimakterium, dimana perempuan mulai merasakan perubahan yang gejalanya timbul tidak sama, dan belum tentu dialami oleh setiap wanita. Berat ringannya gejala yang timbul dapat berbeda-beda tergantung faktor budaya, tingkat pendidikan, lingkungan dan genetik.

Menopause adalah periode menstruasi spontan yang terakhir pada seorang wanita dan merupakan diagnosis yang ditegakkan secara



retrospektif setelah amenorhe selama 12 bulan. Menopause biasanya terjadi pada usia rata-rata 51 tahun.

I. Dampak negatif (masalah kesehatan) akibat menopause

a. Dampak jangka pendek antara lain :

- Rasa panas didada yang menjalar ke arah wajah (hot flush).  
Gejala ini sering timbul pada malam hari, sehingga menyebabkan terbangun dari tidur. Gejala ini hanya terjadi dalam hitungan menit, tapi kadang-kadang dapat sampai 1 jam. Pada saat terjadi kejolak panas, warna kulit menjadi kemerahan didaerah dada, leher dan wajah, dan terasa sedikit hangat pada perabaan. Gejala ini akan berkurang bila udara dingin sedangkan dalam keadaan stres psikis akan timbul lebih sering dan sangat mengganggu. Rasa panas ini akan semakin berkurang dan menghilang setelah 4-5 tahun pasca menopause.
- Gejala psikologis  
Penurunan hormon estrogen pada wanita juga dapat berakibatkan gangguan psikologis berupa depresi, mudah tersinggung, mudah marah, kurang percaya diri, sukar berkonsentrasi, perubahan perilaku, menurunnya daya ingat dan kehilangan gairah seksual.
- Kelainan kulit, rambut, gigi dan keluhan sendi/tulang  
Kehilangan jaringan penunjang atau kologen pada wanita menopause akan menyebabkan kulit menjadi tipis, kering dan keriput, rambut tipis dan kering serta mudah rontok, gigi mudah goyang dan gusi mudah berdarah, bibir menjadi pecah-pecah dan rasa sakit serta ngilu pada daerah persendian
- Gangguan mata  
Mata terasa kering dan kadang terasa gatal karena produksi air mata berkurang.



- Gangguan saluran kemih dan alat kelamin

Wanita menopause antara lain sering tidak dapat menahan kencing dan mudah menderita infeksi saluran kencing. Vagina akan terasa kering, gatal, mudah luka, sering keputihan, nyeri pada senggama atau perdarahan pasca senggama.

b. Dampak jangka panjang antara lain :

- osteoporosis : adalah berkurangnya kepadatan tulang pada wanita akibat penurunan kadar hormon estrogen, sehingga tulang menjadi rapuh dan mudah patah. Umumnya osteoporosis terjadi pada tulang yang berongga, yaitu tulang belakang, leher, paha, panggul dan lengan bawah. Osteoporosis dapat dipercepat oleh kekurangan kalsium, sinar matahari, aktivitas fisik dan olah raga; kurang gizi, kelainan kelenjar gondok (hipertiroid), merokok, minum alkohol dan penggunaan kortikosteroid, misalnya pada penderita asma, lupus.
- penyakit jantung koroner
- kadar estrogen yang cukup, mampu melindungi wanita dari penyakit jantung koroner. Berkurangnya hormone estrogen dapat menurunkan kadar kolesterol yang baik (HDL, High density lipoprotein) dan meningkatnya kolesterol tidak baik (LDL, low density lipoprotein), yang meningkatkan kejadian penyakit jantung koroner pada wanita.
- Kepikunan (dimensia tipe alzheimer)
- Kekurangan hormone estrogen juga mempengaruhi susunan saraf pusat atau otak. Penurunan hormon estrogen dapat menyebabkan kesulitan berkonsentrasi, kehilangan ingatan akan peristiwa jangka pendek, sukar tidur, gelisah, depresi, sampai pada kepikunan tipe alzheimer. Penyakit kepikunan alzheimer dapat terjadi bila kekurangan estrogen sudah



berlangsung cukup lama dan berat, yang dipengaruhi oleh faktor keturunan serta proses ketuaan.

## II. Pencegahan dampak negatif menopause

Upaya pencegahan terhadap keluhan atau masalah menopause yang dilakukan ditingkat pelayanan dasar antara lain :

### a. Pemeriksaan alat kelamin

Pemeriksaan alat kelamin wanita bagian luar , liang rahim dan leher rahim untuk melihat kelainan yang mungkin ada, misalnya lecet, keputihan, pertumbuhan abnormal seperti bencolan atau tanda radang

### b. Pap smear

Pemeriksaan ini dapat dilakukan setahun sekali untuk melihat adanya tanda radang dan deteksi awal bagi kemungkinan adanya kanker pada saluran reproduksi.

### c. Perabaan payudara

Ketidakseimbangan hormon yang terjadi akibat penurunan kadar hormon estrogen, dapat menimbulkan pembesaran atau tumor payudara. Hal ini juga terjadi pada pemberian hormon pengganti untuk mengatasi masalah kesehatan akibat menopause. Perabaan payudara sendiri atau yang disebut SADARI ( periksa payudara sendiri) dapat dilakukan secara teratur untuk menemukan tumor payudara sedini mungkin.

### d Penggunaan bahan makanan yang mengandung unsur fitoestrogen

Hormon estrogen yang kadarnya menurun pada menopause dapat diganti dengan memakan dalam jumlah cukup makanan yang mengandung unsur fito-estrogen (kedelai, tahu, tempe,kecap, pepaya dan semangai merah)

### e. Penggunaan bahan makanan sumber kalsium

Makanan yang mengandung kalsium antara lain susu,yoghurt, keju, teri, dll



- f. Menghindari makanan yang mengandung banyak lemak, kopi dan alkohol.

### III. Perubahan endokrin pada menopause

Menopause memberi sinyal berakhirnya potensi reproduksi seiring dengan dimulainya kegagalan fungsi ovarium secara ireversibel. Habisnya simpanan oosit ovarium menyebabkan berhentinya perkembangan follikel atau ovulasi.

Hasilnya adalah :

1. Penurunan terhadap estradiol sirkulasi dan kadar estrogen darah yang sangat rendah setelah aktivitas ovarium berhenti . estrogen utama setelah menopause adalah estron yang berasal dari konversi androgen adrenal di jaringan perifer.
2. peningkatan gonadotrofin sirkulasi , follicle stimulating hormone (FSH), dan luteinizing hormone (LH) akibat hilangnya efek umpan balik negatif estrogen.
3. Amenore akibat tidak adanya stimulasi endometrium oleh hormon-hormon steroid ovarium.

### IV. Diagnosa menopause

Pengukuran konsentrasi FSH dapat dilakukan untuk tujuan diagnostik ( $>30$  IU/l menunjukkan kadar menopause). Pada awal perimenopause, terjadi peningkatan FSH yang terdeteksi pada 7 hari pertama siklus. Pada praktik, diagnosis menopause dibuat secara klinis dan pemeriksaan biokimia hanya diperlukan sekali-kali.

Pengukuran FSH mungkin bermanfaat apabila :

1. Dicurigai terjadi menopause prematur, pada wanita berusia kurang dari 45 tahun.
2. Wanita telah mengalami histerektomi
3. Wanita berusia lebih tua yang sedang mengonsumsi pil progesteron (PP) dan mengalami amenore.



➤ **Senium**

Pada senium telah tercapai keadaan keseimbangan hormonal yang baru, sehingga tidak ada lagi gangguan vegetatif maupun psikis. Yang mencolok dalam masa ini ialah kemunduran alat-alat tubuh dan kemampuan fisik, sebagai proses menjadi tua. Dalam masa senium terjadi pula osteoporosis dengan intensitas berbeda pada masing-masing wanita. Walaupun sebab-sebabnya belum jelas betul, namun berkurangnya pengaruh hormone steroid dan berkurangnya aktivitas osteoblast memegang peranan dalam hal ini.

**Latihan 7**

1. Proses menua intrinsik (Fisiologik sejati) adalah ...
  - a. Proses menua yang berlangsung secara alamiah disebabkan berbagai faktor didalam tubuh sendiri.
  - b. Perubahan kulit menyeluruh dan sejalan dengan dengan faktor didalam tubuh sendiri.
  - c. Perubahan kulit menyeluruh dan sejalan dengan bertambahnya usia. Proses menua itu tidak dapat dihindari hanya dapat diperlambat.
  - d. Proses menua akibat dari luar tubuh. Sinar matahari dan faktor lingkungan lainnya menyebabkan proses menua berjalan cepat (proses menua dini).
  - e. A, B, dan C benar
2. Proses menua ekstrinsik adalah ...
  - a. Proses menua akibat dari luar tubuh. Sinar matahari dan faktor lingkungan lainnya menyebabkan proses menua berjalan cepat (proses menua dini).
  - b. Proses menua yang berlangsung secara alamiah disebabkan berbagai faktor didalam tubuh sendiri.
  - c. Perubahan kulit menyeluruh dan sejalan dengan dengan faktor didalam tubuh sendiri.



- d. Perubahan kulit menyeluruh dan sejalan dengan bertambahnya usia.
  - e. Proses menua yang tidak dapat dihindari hanya dapat diperlambat.
3. Ciri-ciri masa Klimakterium adalah ...
- a. Berakhir kira-kira 6 – 7 tahun setelah menopause
  - b. Proses menjadi tua sudah mulai sejak umur 40 tahun
  - c. Pada wanita di atas 40 tahun siklus haid untuk 25% tidak disertai ovulasi.
  - d. Proses menua yang tidak dapat dihindari hanya dapat diperlambat.
  - e. A, B dan C benar
4. Perubahan metabolisme tubuh pada masa menopause adalah ...
- a. Menurunnya pengeluaran hormone tiroksin dan insulin
  - b. Pembakaran dan keperluan tubuh menjadi menurun
  - c. Kelebihan bahan nutrisi akan disimpan dalam bentuk lemak dan gula.
  - d. Perubahan sistem jantung dan pembuluh darah
  - e. Semua Benar
5. Dampak jangka panjang dari menopause adalah ...
- a. Osteoporosis dan penyakit jantung koroner
  - b. Susah tidur
  - c. Batuk
  - d. Radang tenggorokan
  - e. Sakit perut



## KEGIATAN BELAJAR

8

### PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DAN DASAR HIV/AIDS

#### Tujuan :

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk :

Menjelaskan Penyakit Menular Seksual

- Definisi PMS (Go, spyphilis, kondiloma acuminata, Herpes genitalis)
- Penyebab dan pencegahan PMS (Go, spyphilis, kondiloma acuminata, Herpes genitalis)
- Kaitan budaya dan gender dalam PMS

Penyakit menular seksual adalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual. Penyakit menular seksual akan lebih beresiko bila melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan baik melalui vagina, oral maupun anal. Penyakit menular seksual menyebabkan infeksi saluran reproduksi yang harus dianggap serius. Bila tidak diobati secara tepat, infeksi dapat menjalar dan menyebabkan penderitaan, sakit berkepanjangan, kemandulan dan kematian Tanda dan gejala penyakit menular seksual; Rasa sakit atau nyeri pada saat kencing atau berhubungan seksual. Rasa nyeri pada perut bagian bawah. Pengeluaran lendir pada vagina/ alat kelamin. Keputihan berwarna putih susu, bergumpal dan disertai rasa gatal dan kemerahan pada alat kelamin atau sekitarnya. Keputihan yang berbusa, kehijauan, berbau busuk, dan gatal. Timbul bercak-bercak darah setelah berhubungan seks. Bintil-bintil berisi cairan , lecet atau borok pada alat kelamin.



#### a) Gonore

*Gonore* atau kencing nanah adalah penyakit tersering ditemui dalam dunia kedokteran. Ia mempunyai banyak nama yang digunakan oleh orang awam, seperti kencing nanah, raja singa, dan banyak lagi. Penyakit ini disebabkan oleh kuman *Neiseria gonorrhoe* yang berbentuk seperti buah kopi berpasangan.

Gejala awal dapat timbul dalam waktu 7-21 hari setelah infeksi. Pada wanita biasanya tidak menunjukkan gejala selama beberapa minggu atau bulan, dan diketahui menderita penyakit ini ketika pasangan seksualnya tertular. Jika timbul gejala, biasanya bersifat lebih ringan, namun demikian beberapa penderita menunjukkan gejala yang berat, seperti desakan untuk berkemih, nyeri ketika buang air kecil, keluarnya cairan putih dari vagina dan penjaran ini bisa mencapai leher rahim, rahim, saluran telur, indung telur, *uretra* (saluran kencing bawah) dan rektum yang menyebabkan nyeri pinggul dalam atau nyeri ketika melakukan hubungan seksual.

Pada wanita dan pria homoseksual yang melakukan hubungan seksual melalui dubur bisa menderita *gonore* pada usus bagian bawah. Melakukan oral sex dengan seorang penderita *gonore* juga dapat menyebabkan tertularnya *gonore* pada tenggorokan (*faringitis gonocokal*), yang terkadang tidak



menunjukkan gejala dan kadang gejalanya mirip seperti radang tenggorokan yang menyebabkan gangguan menelan. *gonore* juga dapat menular ke mata jika cairan yang terinfeksi mengenai mata yang biasanya disebut dengan *konjungtivitis gonore*. Bayi yang baru lahir dapat tertular *gonore* dari ibunya yang terjadi selama proses persalinan, yang dapat menyebabkan pembengkakan kelopak matanya dan dari matanya mengeluarkan nanah (suririnah, 2007)

b) *Sifilis* (raja singa)

Kuman penyebabnya disebut *Treponema pallidum*. Masa tanpa gejala berlangsung 3-4 minggu, kadang-kadang sampai 13 minggu kemudian timbul benjolan di sekitar alat kelamin. Kadang-kadang disertai pusing-pusing dan nyeri tulang seperti flu yang akan hilang sendiri tanpa diobati. Ada bercak kemerahan pada tubuh sekitar 6-12 minggu setelah hubungan seks. Gejala ini akan hilang sendirinya dan seringkali penderita tidak memperhatikan hal ini.

Selama 2-3 tahun pertama penyakit ini tidak menunjukkan gejala apa-apa atau disebut masa laten. Setelah 5-10 tahun penyakit sifilis akan menyerang susunan syaraf otak, pembuluh darah dan jantung. Pada perempuan hamil sifilis dapat ditularkan kepada bayi yang dikandungnya dan bisa lahir dengan kerusakan kulit, hati, limpa dan keterbelakangan mental (Sjaiful, 2007).

c) *Herpes genital*



Penyakit yang disebabkan oleh virus *Herpes Simplex* dengan masa tenggang 4-7 hari sesudah virus masuk ke dalam tubuh melalui hubungan seks. Gejala dan tanda-tandanya adalah : Bintil-bintil berair (berkelompok seperti anggur) yang sangat nyeri pada sekitar alat kelamin, kemudian pecah dan meninggalkan luka yang kering mengerak, lalu hilang sendiri, dan gejala kambuh lagi seperti diatas namun tidak senyeri tahap awal bila ada faktor pencetus (stres, haid, minuman dan makanan beralkohol) dan biasanya menetap hilang timbul seumur hidup. Pada perempuan, seringkali menjadi faktor kanker mulut rahim beberapa tahun kemudian. Penyakit ini belum ada obat yang benar-benar mujarap, tetapi pengobatan antivirus bisa menuragi rasa sakit dan lamanya episode penyakit.

d) *Klamidia*

Penyakit ini disebabkan oleh *Chlamydia trachomatis*. Masa tanpa gejala berlangsung 7-21 hari. Gejalanya adalah timbul peradangan pada alat reproduksi laki-laki dan perempuan. Pada perempuan, gejalanya bisa berupa: Keluarnya cairan dari alat kelamin atau keputihan encer berwarna putih kekuningan, rasa nyeri di rongga panggul dan perdarahan setelah hubungan seksual.

e) *Trikomoniasis vaginalis*.

*Trikomoniasis vaginalis* adalah penyakit menular seksual yang disebabkan oleh parasit *Trikomonas vaginalis*. Gejala dan tandanya adalah: Cairan vagina encer, berwarna kuning kehijauan, berbusa dan berbau busuk, vulva agak bengkak, kemerahan, gatal dan terasa tidak nyaman dan nyeri saat berhubungan seksual atau saat buang air kecil.



f) Kutil kelamin.

Kutil kelamin penyebabnya adalah *human papiloma virus* dengan gejala yang khas yaitu terdapat satu atau beberapa kutilan sekitar kemaluan.

Pada perempuan dapat mengenai kulit daerah kelamin sampai dubur, selaput lendir bagian dalam liang kemaluan sampai leher rahim. Bila perempuan hamil, kutil dapat tumbuh besar sekali. Kutil kelamin kadang-kadang bisa mengakibatkan kanker leher rahim atau kanker kulit di sekitar kelamin. Pada laki-laki mengenai kelamin dan saluran kencing bagian dalam. Kadang-kadang kutil tidak terdapat terlihat sehingga tidak disadari. Biasanya laki-laki baru menyadari setelah ia menulari pasangannya.

Faktor dominan yang ikut menentukan besarnya frekuensi dan distribusi penyakit menular seksual dalam suatu masyarakat, antara lain : (Hartadi, 2001)

1. Penyebab penyakit (*agent*)

Penyakit menular seksual sangat bervariasi dapat berupa virus, parasit, bakteri, protozoa.

2. Tuan (*host*)

Beberapa faktor yang terdapat pada host yang berperan pada perbedaan insiden penyakit menular adalah:

➤ Umur



Umur berapa yang sangat penting yang ikut mempengaruhi insiden penyakit menular seksual, sesuai dengan cara penularan penyakit menular seksual yaitu melalui kontak seksual maka golongan umur dengan insiden meningkat adalah golongan umur dengan kegiatan seksual aktif.

➤ Sex / jenis kelamin

Angka kesakitan kelompok umur tertentu pada penderita penyakit menular seksual pria adalah lebih tinggi dibandingkan dengan wanita, namun tingkat kegawatan pada wanita penderita penyakit menular seksual adalah lebih serius dibandingkan dengan laki-laki, faktor yang mempengaruhi antara lain:

- 1) Perbedaan sex dengan perbedaan susunan anatomi organ tubuh tertentu. Manifestasi gejala klinis penyakit menular seksual pada laki-laki adalah lebih jelas sehingga memberikan kesempatan lebih banyak menggunakan fasilitas kesehatan.
- 2) Diagnosa penderita penyakit menular seksual pada laki-laki lebih mudah sehingga lebih banyak penderita laki-laki yang dilaporkan.

➤ Pilihan dalam hubungan seksual.

Data yang ada di negara maju angka penyakit menular seksual pada pria homoseksual adalah lebih tinggi bila



dibandingkan dengan heteroseksual.

- Lama bekerja sebagai pekerja seksual komersial.

Pekerjaan seseorang sering merupakan ikatan erat dengan kemungkinan terjadinya penyakit menular seksual. Pada beberapa orang yang bekerja dengan kondisi tertentu dengan lingkungan yang memberikan peluang terjadinya kontak seksual akan meningkatkan akibat meningkatkan penderita penyakit menular seksual. Orang tersebut termasuk dalam kelompok resiko tinggi terkena penyakit menular seksual.

- Status perkawinan

Insiden penyakit menular seksual lebih tinggi pada orang yang belum kawin, bercerai atau orang yang terpisah dari keluarganya bila dibandingkan dengan orang yang sudah kawin karena pemenuhan kebutuhan seksualnya terpenuhi.

- Pemakaian kondom.

Pengertian kondom

Kondom adalah sarung karet tipis penutup penis yang menampung cairan sperma pada saat pria berejakulasi.

Cara kerja kondom

- a) Mencegah pertemuan spermatozoa / sel mani dengan ovum / sel telur pada waktu bersenggama.



- c. 3- b) Penghalang kontak langsung dengan cairan terinfeksi.
- d. 5- Cara penggunaan kondom
- e. 7- Dengan cara menyarungkannya pada alat kelamin laki-laki yang sudah tegang (keras), dari ujung zakar (*penis*) sampai ke pangkalnya pada saat akan bersenggama.
- 5. Beberapa perbedaan Sesudah selesai senggama, agar segera dikeluarkan dari liang senggama sebelum zakar menjadi lemas.

### Latihan 8

1. Penyebab penyakit menular seksual Gonorrhea adalah ...
  - a. *Neiseria gonorrhoe*
  - b. Klamidia
  - c. Human Pappiloma Virus
  - d. E.Coli
  - e. Human Immunodeficiency Virus
2. Penyebab penyakit menular seksual Sifilis adalah ...
  - a. *Treponema pallidum*.
  - b. *Neiseria gonorrhoe*
  - c. Klamidia
  - d. Human Pappiloma Virus
  - e. E.Coli
3. Penyakit menular seksual yang disebabkan oleh virus Herpes Simplex adalah ...
  - a. Herpes Genital
  - b. Klamidia
  - c. Sifilis
  - d. Gonorroea
  - e. AIDS
4. Masa tanpa gejala pada penyakit menular seksual Klamidia adalah ...
  - a. 7-21 hari
  - b. 1-2 hari



c. 3-4 hari

d. 5-6 hari

e. 7-8 hari

5. Beberapa faktor yang terdapat pada host yang berperan pada perbedaan insiden penyakit menular adalah:

- a. Umur
- b. Jenis kelamin
- c. Status perkawinan
- d. Pemakaian kondom
- e. Semua benar



## KEGIATAN BELAJAR

9

## DASAR HIV/AIDS

## Tujuan :

Setelah mempelajari materi ini diharapkan mahasiswa memiliki kemampuan untuk :

Dasar HIV/AIDS (dengan epid)

- d. Epidemiologi HIV-AIDS
- e. Penyebab HIV-AIDS
- f. Infeksi oportunistik HIV-AIDS
- g. Pencegahan HIV-AIDS
- h. Stigma HIV-AIDS
- i. Kaitan budaya dan gender dalam HIV-AIDS

## Pengertian HIV AIDS

HIV merupakan sebuah *retrovirus* yang memiliki genus *lentivirus*, genus ini memiliki tipe klinis seperti sumber penyakit infeksi yang kronis, periode laten klinis yang panjang, replikasi virus yang persisten dan terlibat dalam sistem saraf pusat. Virus ini berbeda dengan virus lain karena tubuh manusia tidak dapat menyingkirkan virus ini. HIV menyebar melalui cairan tubuh dan memiliki cara khas dalam menginfeksi sistem kekebalan tubuh manusia terutama sel CD4 atau sel-T.

AIDS merupakan kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV. AIDS merupakan stadium ketika sistem imun penderita jelek dan penderita menjadi rentan terhadap infeksi yang dinamakan infeksi oportunistik. Pada individu yang terinfeksi HIV dengan jumlah  $CD4 < 200\mu L$  juga merupakan definisi AIDS meskipun tanpa adanya gejala yang terlihat atau infeksi oportunistik.

## Etiologi HIV AIDS



Penyebab AIDS adalah sejenis virus yang tergolong Retrovirus yang disebut Human Immunodeficiency Virus (HIV). Virus ini pertama kali diisolasi oleh Montagnier dan kawan-kawan di Prancis pada tahun 1983 dengan nama Lymphadenopathy Associated Virus (LAV), sedangkan Gallo di Amerika Serikat pada tahun 1984 mengisolasi (HIV) III. Kemudian atas kesepakatan internasional pada tahun 1986 nama virus dirubah menjadi HIV.

Human Immunodeficiency Virus adalah sejenis Retrovirus RNA. Dalam bentuknya yang asli merupakan partikel yang inert, tidak dapat berkembang atau melukai sampai ia masuk ke sel target. Sel target virus ini terutama sel Limfosit T, karena ia mempunyai reseptor untuk virus HIV yang disebut CD-4. Didalam sel Limfosit T, virus dapat berkembang dan seperti retrovirus yang lain, dapat tetap hidup lama dalam sel dengan keadaan inaktif. Walaupun demikian virus dalam tubuh pengidap HIV selalu dianggap infectious yang setiap saat dapat aktif dan dapat ditularkan selama hidup penderita tersebut.

Secara morfologis HIV terdiri atas 2 bagian besar yaitu bagian inti (core) dan bagian selubung (envelop). Bagian inti berbentuk silindris tersusun atas dua untaian RNA (Ribonucleic Acid). Enzim reverse transcriptase dan beberapa jenis protein. Bagian selubung terdiri atas lipid dan glikoprotein (gp 41 dan gp 120). Gp 120 berhubungan dengan reseptor Limfosit (T4) yang rentan. Karena bagian luar virus (lemak) tidak tahan panas, bahan kimia, maka HIV termasuk virus sensitif terhadap pengaruh lingkungan seperti air mendidih, sinar matahari dan mudah dimatikan dengan berbagai disinfektan seperti eter, aseton, alkohol, jodium hipoklorit dan sebagainya, tetapi relatif resisten terhadap radiasi dan sinar ultraviolet.

Virus HIV hidup dalam darah, saliva, semen, air mata dan mudah mati diluar tubuh. HIV dapat juga ditemukan dalam sel monosit, makrofag dan sel glia jaringan otak.



Menurut Chin (2000), tidak diketahui adanya kekebalan orang terhadap infeksi HIV/AIDS, tetapi kerentanan setiap orang terhadap HIV/AIDS diasumsikan bersifat umum, tidak dipengaruhi oleh ras, jenis kelamin dan kehamilan, sehingga setiap orang mungkin untuk terserang HIV/AIDS.

Penelitian Hall, dkk tahun 2005 dalam *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome* (2009) di 33 negara bagian Amerika Serikat, diperoleh bahwa Ras Kulit hitam 9 kali berisiko menderita AIDS dibanding Ras Kulit putih dengan *Resiko Relative* (RR) 9,16 dan Ras Hispanik mempunyai risiko 3 kali lebih tinggi daripada Ras Kulit Putih (RR 3,05). Risiko menderita AIDS 2 kali lebih tinggi pada orang Indian Amerika/penduduk asli Alaska dari pada orang Asia/Kepulauan Pasifik (RR 2,05). Di Canada, RR AIDS 5,5 kali lebih tinggi pada Ras Kulit hitam dibandingkan pada Ras Kulit putih (RR 5,54) dan 4 kali lebih tinggi pada orang Aborigin dibandingkan IR Ras Kulit putih (RR 4,36).

Berdasarkan data UNAIDS (2008), 67% infeksi HIV di dunia terdapat di Sub-Sahara Afrika. Dari 2,7 juta kasus baru pada tahun 2008, 68% terdapat pada orang dewasa. Sebesar 6,4% prevalensi HIV terdapat pada perempuan.

Berdasarkan data dari Ditjen PP & PL Depkes RI (2009), terdapat 19.973 jumlah kumulatif kasus AIDS dengan 49,07% terdapat pada kelompok umur 20-29 tahun, 30,14% pada kelompok umur 30-39 tahun, 8,82% pada kelompok umur 40-49 tahun, 3,05% pada kelompok umur 15-19 tahun, 2,49% pada kelompok umur 50-59 tahun, 0,51% pada kelompok umur > 60 tahun, 2,65% pada kelompok umur < 15 tahun dan 3,27% tidak diketahui. Rasio kasus AIDS antara laki-laki dan perempuan adalah 3:1.

Menurut laporan Ditjen PP & PL Depkes RI (2009), 40,2% penderita AIDS terdapat pada kelompok Pengguna Napza Suntik atau IDU. Kumulatif kasus AIDS pada Pengguna Napza Suntik di Indonesia hingga tahun 2009 adalah 7.966 kasus, 7.312 kasus adalah laki-laki (91,8%), 605 kasus perempuan (7,6%) dan 49 kasus tidak diketahui jenis kelaminnya (0,6%). 64,1% terdapat pada kelompok umur 20-29 tahun,



27,1% pada kelompok umur 30-39 tahun, 3,5% pada kelompok umur 40-49 tahun, 1,5% pada kelompok umur 15-19 tahun, 0,6% pada kelompok umur 50-59 tahun, pada kelompok umur 5-14 tahun dan >60 tahun masing-masing 0,1% dan 2,8% tidak diketahui kelompok umurnya.

Penelitian yang dilakukan oleh Hamdan di Kota Batam (2003), desain *case series*, terdapat 164 penderita HIV/AIDS, 126 penderita (76,9%) berada pada kelompok umur 20-40 tahun, 62,8% berjenis kelamin perempuan, 37,2% berjenis kelamin laki-laki, berpendidikan SLTP 33,5%, SLTA 32,3%, SD 19,5%, tidak sekolah 12,2% dan berpendidikan Akademi/PT 2,4%.

Berdasarkan data dari Komisi Pemberantasan AIDS (KPA) Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara (2009), sejak 1992 hingga April 2009 terdapat 1.680 jumlah kumulatif HIV/AIDS, 1.339 kasus pada pria (79,70%) dan 341 kasus pada perempuan (20,30%), 921 kasus pada kelompok umur 20-29 tahun (54,82%) dan 523 kasus pada kelompok umur 30-39 tahun (31,13%), 121 kasus pada kelompok umur 40-49 tahun (7,20%), 46 kasus pada kelompok umur 10-19 tahun (2,74%), 41 kasus pada kelompok umur >50 tahun (2,44%), 8 kasus pada kelompok umur 1-4 tahun (0,47%), masing-masing 5 kasus pada kelompok umur 5-9 tahun dan <1 tahun (0,29%).

Menurut data dari *Joint United Nation Program on HIV/AIDS* (UNAIDS) tahun 2008, di kawasan Sub-Sahara Afrika terdapat 22,4 penderita HIV/AIDS, dengan PR pada orang dewasa sebesar 5,2%. Di Asia Selatan dan Asia Tenggara terdapat 3,8 juta ODHA dengan PR pada orang dewasa sebesar 0,3%. Di Asia Timur terdapat 850.000 penderita HIV/AIDS dengan jumlah kematian 59.000 kasus. Menurut Chin (2000), dari sekitar 33,4 juta penderita HIV/AIDS di dunia tahun 1999, 22,5 juta diantaranya terdapat di negara-negara Sub-Sahara Afrika, dan 6,7 juta ada di Asia Selatan dan Asia Tenggara, 1,4 juta terdapat di Amerika Latin dan 665.000 di AS.

Berdasarkan data SEARO (2009), prevalensi HIV/AIDS lebih tinggi di daerah perkotaan daripada di daerah pedesaan. Berdasarkan hasil



survei rumah tangga yang dilakukan di enam kota di India, ditemukan bahwa prevalensi HIV/AIDS 40% lebih tinggi di perkotaan dibanding dengan daerah pedesaan. Pada tahun 2008, dari 96 kasus baru yang dilaporkan di Sri Lanka, 61% berasal dari Colombo yang merupakan ibukota Sri Lanka.

Berdasarkan data dari Ditjen PP & PL Depkes RI (2009), tercatat 19.973 kumulatif kasus AIDS terjadi di 32 provinsi dan 300 kabupaten/kota di seluruh Indonesia. Provinsi dengan rate kumulatif kasus AIDS per 100.000 penduduk tertinggi adalah Papua (133,07), Bali (45,45), DKI Jakarta (31,67), Kepulauan Riau (22,23) Kalimantan Barat (16,91), Maluku (14,21), Bangka Belitung (11,36), Papua Barat dan Jawa Timur (8,93) dan Riau (8,36).

Provinsi yang memiliki proporsi AIDS terbanyak hingga Desember 2009 adalah Jawa Barat (18,01%), Jawa Timur (16,16%), DKI Jakarta (14,16%), Papua (14,05%), dan Bali (8,09%). Pada kelompok pengguna napza suntik, proporsi AIDS terbanyak dilaporkan dari Provinsi Jawa Barat 32,99%, DKI Jakarta 25,13%, Jawa Timur 12,82%, Bali 3,27%, Sumatera Barat 2,81%.

AIDS atau SIDA (*Sindrom Imuno Defisiensi Akuisita*) adalah suatu penyakit yang dengan cepat telah menyebar ke seluruh dunia (pandemik). Sejak ditemukan kasus AIDS pertama di Indonesia tahun 1987, perkembangan jumlah kasus HIV/AIDS yang dilaporkan di Indonesia dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Sampai dengan tahun 1990 perkembangan kasus AIDS masih lambat, namun sejak tahun 1991 jumlah kasus AIDS lebih dua kali lipat dari tahun sebelumnya.

Kasus AIDS sejak awal tahun 2006 sampai 31 Desember 2006 mencapai 2.873 kasus mengalami peningkatan 235 kasus dari tahun sebelumnya. Menurut data dari Ditjen PPM & PL Depkes RI (2009), trend kecenderungan jumlah kasus AIDS senantiasa mengalami peningkatan. Pada tahun 2005 terdapat 2.639 kasus baru, tahun 2006 meningkat menjadi 2.873 kasus baru, tahun 2007 meningkat menjadi 2.947 kasus baru, pada tahun 2008 meningkat menjadi 4.969 kasus baru, hingga tahun



2009 terdapat 3.863 kasus baru. Sampai 31 Desember 2009 secara kumulatif pengidap infeksi AIDS menjadi 19.973 kasus.

## Determinan

### ➤ Faktor Host

Infeksi HIV/AIDS saat ini telah mengenai semua golongan masyarakat, baik kelompok risiko tinggi maupun masyarakat umum. Kelompok masyarakat yang mempunyai risiko tinggi adalah pengguna narkoba suntik (*Injecting Drug Use*), kelompok masyarakat yang melakukan promiskuitas (hubungan seksual dengan banyak mitra seksual) misalnya WPS (wanita penaja seks), dari satu WPS dapat menular ke pelanggan-pelanggannya selanjutnya pelanggan-pelanggan WPS tersebut dapat menularkan kepada istri atau pasangannya. Laki-laki yang berhubungan seks dengan sesamanya atau lelaki seks lelaki (LSL). Narapidana dan anak-anak jalanan, penerima transfusi darah, penerima donor organ tubuh dan petugas pelayan kesehatan juga mejadi kelompok yang rawan tertular HIV.

Berdasarkan data Ditjen PP & PL Depkes RI (2009), rasio kasus AIDS antara laki-laki dan perempuan adalah 3:1. Proporsi penularan HIV/AIDS melalui hubungan heteroseksual sebesar 50,3%, IDU 40,2%, Lelaki Seks Lelaki (LSL) 3,3%, perinatal 2,6%, transfusi darah 0,1% dan tidak diketahui penularannya 3,5%. Risiko penularan dari suami pengidap HIV ke istrinya adalah 22% dan istri pengidap HIV ke suaminya adalah 8%.<sup>27</sup> Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perkembangan infeksi HIV menjadi AIDS adalah usia pada saat infeksi. Orang yang terinfeksi HIV pada usia muda, biasanya lambat menderita AIDS, dibandingkan jika terinfeksi pada usia lebih tua.

Dalam Adisasmito (2007), risiko transmisi transplasental yaitu transmisi dari ibu kepada bayi/janinnya saat hamil atau saat melahirkan adalah 50%, yaitu apabila seorang ibu pengidap HIV melahirkan anak, maka kemungkinan anak itu terlular HIV.<sup>25</sup> Namun demikian, jika sang ibu memiliki akses terhadap terapi antiretrovirus dan melahirkan dengan cara bedah caesar, tingkat penularannya hanya 1%.<sup>15</sup> Petugas kesehatan



yang terluka oleh jarum suntik atau benda tajam lainnya yang mengandung darah yang terinfeksi virus HIV, mereka dapat menderita HIV/AIDS, angka serokonversi mereka  $<0,5\%$ .

#### ➤ Faktor *Agent*

Virus HIV secara langsung maupun tidak langsung akan menyerang sel CD4+. Infeksi HIV akan menghancurkan sel-sel T, sehingga mengganggu sel-sel efektor imun yang lainnya, daya tahan tubuh menurun sehingga orang yang terinfeksi HIV akan jatuh kedalam stadium yang lebih lanjut. Selama infeksi primer jumlah limfosit CD4+ dalam darah menurun dengan cepat.

Target virus ini adalah limfosit CD4+ pada nodus limfa dan *thymus*, yang membuat individu yang terinfeksi akan terkena infeksi oportunistik. Jumlah virus HIV yang masuk sangat menentukan penularan, penurunan jumlah sel limfosit T berbanding terbalik dengan jumlah virus HIV yang ada dalam tubuh. AIDS adalah suatu penyakit yang sangat berbahaya karena mempunyai *Case Fatality Rate* 100% dalam lima tahun, artinya dalam waktu lima tahun setelah diagnosis AIDS ditegakkan, semua penderita akan meninggal. 27 Proporsi kasus AIDS yang dilaporkan telah meninggal di Indonesia hingga Desember 2009 adalah 19,3%.

#### ➤ Faktor *Environment*

Menurut data UNAIDS (2009), dalam survei yang dilakukan di negara bagian Sub-Sahara Afrika antara tahun 2001 dan 2005, prevalensi HIV lebih tinggi di daerah perkotaan daripada di daerah pedesaan, dengan rasio prevalensi HIV di kota : pedesaan yaitu 1,7:1. Misalnya di Ethiopia, orang yang tinggal di area! perkotaan 8 kali lebih mudah terinfeksi HIV dari pada orang-orang yang tinggal di pedesaan.

Penelitian Silverman, dkk (2006) desain *Case records* di Mumbai, pada 175 orang perempuan korban perdagangan seks di rumah pelacuran di India, 54,3% diantaranya berasal dari India, 29,7% berasal dari Nepal, 4% berasal dari Bangladesh dan 12% tidak diketahui asalnya. Dari 28,4% perempuan India korban perdagangan seks yang positif HIV, perempuan yang berasal dari Kota Karnataka dan Maharashtra lebih mungkin



terinfeksi HIV daripada perempuan yang berasal dari Kota Bengal Barat dengan *Odds Ratio* (OR) 7,35. Hal ini dikarenakan Kota Karnataka dan Maharashtra merupakan daerah dengan prevalensi HIV yang tinggi. Jadi perempuan korban perdagangan seks yang berasal dari daerah dengan prevalensi HIV yang tinggi kemungkinan untuk telah terinfeksi HIV sebelumnya lebih besar.

## Transmisi HIV AIDS

### ➤ Transmisi Seksual

Penularan melalui hubungan seksual baik Homoseksual maupun Heteroseksual merupakan penularan infeksi HIV yang paling sering terjadi. Penularan ini berhubungan dengan semen dan cairan vagina atau serik. Infeksi dapat ditularkan dari setiap pengidap infeksi HIV kepada pasangan seksnya. Resiko penularan HIV tergantung pada pemilihan pasangan seks, jumlah pasangan seks dan jenis hubungan seks. Pada penelitian **Darrow (1985)** ditemukan resiko seropositive untuk zat anti terhadap HIV cenderung naik pada hubungan seksual yang dilakukan pada pasangan tidak tetap. Orang yang sering berhubungan seksual dengan berganti pasangan merupakan kelompok manusia yang berisiko tinggi terinfeksi virus HIV.

#### ❖ Homoseksual

Didunia barat, Amerika Serikat dan Eropa tingkat promiskuitas Homoseksual menderita AIDS, berumur antara 20-40 tahun dari semua golongan rusial. Cara hubungan seksual anogenetal merupakan perilaku seksual dengan resiko tinggi bagi penularan HIV, khususnya bagi mitra seksual yang pasiir menerima ejakulasi semen dari seseorang pengidap HIV. Hal ini sehubungan dengan mukosa rektum yang sangat tipis dan mudah sekali mengalami pertukaran pada saat berhubungan secara anogenital.

#### ❖ Heteroseksual

Di Afrika dan Asia Tenggara cara penularan utama melalui hubungan heteroseksual pada promiskuitas dan penderita terbanyak



adalah kelompok umur seksual aktif baik pria maupun wanita yang mempunyai banyak pasangan dan berganti-ganti.

### ➤ Transmisi Non Seksual

#### ❖ Transmisi Parental

Transmisi akibat penggunaan jarum suntik dan alat tusuk lainnya (alat tindik) yang telah terkontaminasi, misalnya pada penyalahgunaan narkotik suntik yang menggunakan jarum suntik yang tercemar secara bersama-sama. Disamping dapat juga terjadi melalui jarum suntik yang dipakai oleh petugas kesehatan tanpa disterilkan terlebih dahulu. Resiko tertular cara transmisi parental ini kurang dari 1%.

Transmisi melalui transfusi atau produk darah terjadi di negara-negara barat sebelum tahun 1985. Sesudah tahun 1985 transmisi melalui jalur ini di negara barat sangat jarang, karena darah donor telah diperiksa sebelum ditransfusikan. Resiko tertular infeksi/HIV lewat transfusi darah adalah lebih dari 90%.

#### ❖ Transmisi Transplasental

Penularan dari ibu yang mengandung HIV positif ke anak mempunyai resiko sebesar 50%. Penularan dapat terjadi sewaktu hamil, melahirkan dan sewaktu menyusui. Penularan melalui air susu ibu termasuk penularan dengan resiko rendah.

HIV tidak menular melalui peralatan makanan, pakaian, handuk, sapu tangan, toilet yang dipakai secara bersama-sama, ciuman pipi, berjabat tangan, hidup serumah dengan penderita HIV yang bukan mitra seksual dan hubungan sosial lainnya. Air susu ibu pengidap HIV, saliva/air liur, air mata, urin serta gigitan nyamuk belum terbukti dapat menularkan HIV/AIDS.

### Gejala dan Tanda HIV AIDS

Seseorang yang telah terinfeksi HIV, 2-6 minggu kemudian (rata-rata 2 minggu) terjadilah sindrom retroviral akut. Lebih dari separuh orang yang terinfeksi HIV akan menunjukkan gejala infeksi primer yang dapat berupa gejala umum (demam, nyeri otot, nyeri sendi, rasa lemah),



kelainan mukokutan (ruam kulit, ulkus di mulut), pembengkakan kelenjar limfa, gejala neurologi (nyeri kepala, nyeri belakang kepala, fotofobia, depresi), maupun gangguan saluran pencernaan (anoreksia, mual, diare, jamur di mulut). Gejala ini dapat berlangsung 2-6 minggu dan akan membaik dengan atau tanpa pengobatan. Setelah 2-6 minggu gejala menghilang disertai serokonversi. Selanjutnya merupakan fase asimtomatik, tidak ada gejala, selama rata-rata 8 tahun (5-10 tahun, di Negara berkembang lebih cepat). Sebagian besar pengidap HIV saat ini beradanya pada fase ini. Penderita tampak sehat, dapat melakukan aktivitas normal tetapi dapat menularkannya kepada orang lain. Setelah masa tanpa gejala, memasuki fase simtomatik, akan timbul gejala-gejala pendahuluan seperti demam, pembesaran kelenjar limfa, yang kemudian diikuti oleh infeksi oportunistik. Dengan adanya infeksi oportunistik maka perjalanan penyakit telah memasuki stadium AIDS. Fase simtomatik berlangsung rata-rata 1,3 tahun yang berakhir dengan kematian.

Setelah terjadi infeksi HIV ada masa di mana pemeriksaan serologis antibodi HIV masih menunjukkan hasil negatif, sementara virus sebenarnya telah ada dalam jumlah banyak. Pada masa ini disebut dengan *window period* (periode jendela), orang yang terinfeksi ini sudah dapat menularkannya kepada orang lain walaupun pemeriksaan antibodi HIV hasilnya negatif. Periode ini berlangsung selama 3-12 minggu.

## Diagnosis HIV AIDS

### ✓ ELISA (*enzyme-linked immunoabsorbent assay*)

Tes skrining yang digunakan untuk mendiagnosis HIV adalah ELISA (*enzyme-linked immunoabsorbent assay*). Untuk mengidentifikasi antibodi terhadap HIV, tes ELISA sangat sensitif, tapi tidak selalu spesifik, karena penyakit lain juga bisa menunjukkan hasil positif sehingga menyebabkan *false positif*, diantaranya penyakit autoimun ataupun karena infeksi. Sensitivitas ELISA antara 98,1%-100% dan dapat mendeteksi adanya antibodi terhadap HIV dalam darah.



### ✓ **Western Blot**

*Western Blot* memiliki spesifisitas (kemampuan test untuk menemukan orang yang tidak mengidap HIV) antara 99,6% - 100%. Namun pemeriksaannya cukup sulit, mahal dan membutuhkan waktu sekitar 24 jam. Tes *Western Blot* mungkin juga tidak bisa menyimpulkan seseorang menderita HIV atau tidak. Oleh karena itu, tes harus diulangi setelah dua minggu dengan sampel yang sama. Jika test *Western Blot* tetap tidak bisa disimpulkan, maka test *Western Blot* harus diulangi lagi setelah 6 bulan.

### ✓ **PCR (*Polymerase chain reaction*)**

PCR untuk DNA dan RNA virus HIV sangat sensitif dan spesifik untuk infeksi HIV. Tes ini sering digunakan bila hasil tes yang lain tidak jelas.

## **Pengobatan**

Pengobatan HIV AIDS saat ini belum ditemukan obat maupun vaksin yang efektif. Sehingga pengobatan HIV AIDS dapat dibagi dalam tiga kelompok, dengan tujuan sebagai pengobatan suportif, pengobatan infeksi oportunistik, pengobatan antiretroviral (ARV).

### ✓ **Pengobatan Suportif**

Pengobatan untuk meningkatkan keadaan umum penderita. Pengobatan ini terdiri dari pemberian gizi yang baik, obat simtomatik, vitamin, dan dukungan psikososial agar penderita dapat melakukan aktivitas seperti semula/seoptimai mungkin. Pengobatan infeksi oportunistik dilakukan secara empiris.

### ✓ **Pengobatan Infeksi Oportunistik**

Pengobatan yang ditujukan untuk infeksi oportunistik dan dilakukan secara empiris.

### ✓ **Pengobatan Antiretroviral (ARV)**

Saat ini telah ditemukan beberapa obat antiretroviral (ARV) yang dapat menghambat enzim *reverse transcriptase* atau menghambat kerja enzim protease. Pengobatan ARV terbukti bermanfaat memperbaiki



kualitas hidup, menjadikan infeksi oportunistik menjadi lebih jarang ditemukan dan lebih mudah diatasi sehingga menekan morbiditas dan mortalitas dini, tetapi ARV belum dapat menyembuhkan atau membunuh virus HIV. Kendala dalam pemberian ARV antara lain kesukaran ODHA untuk minum obat secara teratur, adanya efek samping obat, harga yang relatif mahal dan timbulnya resistensi HIV terhadap obat ARV.

### Permasalahan di Indonesia

Keadaan. Kasus AIDS pertama kali dilaporkan di Indonesia pada 1987, yang menimpa seorang warga negara asing di Bali. Tahun berikutnya mulai dilaporkan adanya kasus di beberapa provinsi. Sampai akhir September 2003 tercatat ada 1.239 kasus AIDS dan 2.685 kasus HIV1 yang telah dilaporkan. Para ahli memperkirakan bahwa hingga saat ini terdapat antara 90.000–130.000 orang Indonesia yang hidup dengan HIV. Sehingga dengan menggunakan perhitungan angka kelahiran sebesar 2,5 persen, diperkirakan terdapat 2.250–3.250 bayi yang mempunyai risiko terlahir dengan infeksi HIV. Pola penyebaran infeksi yang umum terjadi adalah melalui hubungan seksual, kemudian diikuti dengan penularan melalui penggunaan napza suntik.

Pengguna napza suntik. Berdasarkan kasus yang terlaporkan, jumlah kasus AIDS di Indonesia sejak 1987 sampai 2002 terus meningkat, menyerang semua kelompok umur khususnya remaja serta kelompok usia produktif. Data pengawasan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta menunjukkan adanya kenaikan infeksi HIV pada pengguna napza suntik dari 15 persen pada 1999 menjadi 47,9 persen pada 2002.

Pekerja seks dan kelompok berisiko. Industri seks diperkirakan melibatkan 150.000 pekerja seks komersial wanita. Penderita HIV pada wanita berisiko tinggi ini cukup tinggi. Di Merauke, misalnya, 26,5 persen pekerja seks komersial wanita telah terinfeksi HIV. Infeksi ini juga terjadi cukup tinggi pada



lembaga pemasyarakatan. Di salah satu lembaga pemasyarakatan di Jakarta, misalnya, 22 persen narapidana telah terinfeksi HIV.

Wanita hamil dan bayinya. Penelitian terhadap prevalensi HIV pada ibu hamil di beberapa tempat di Provinsi Riau pada 1998 sampai 1999 menunjukkan bahwa 0,35 persen ibu hamil telah terinfeksi HIV. Penelitian yang sama di Papua menunjukkan hasil 0,25 persen. Konseling dan testing sukarela di Jakarta Utara menunjukkan prevalensi HIV di kalangan ibu hamil adalah 1,5 persen pada 2000 dan meningkat menjadi 2,7 persen pada 2001.<sup>3</sup> Perlu dipahami bahwa orang yang mengunjungi klinik Konseling dan Testing HIV adalah para ibu hamil yang berisiko tertular HIV, sehingga data ini bukanlah merupakan indikasi prevalensi HIV di kalangan ibu hamil secara umum. Hal itu menunjukkan bahwa penyebaran infeksi melalui populasi penghubung dalam masyarakat telah terjadi. Laporan pasif antara 1996–2000 menunjukkan bahwa ada 26 ibu hamil yang telah

positif HIV di DKI Jakarta, Papua, Jawa Barat, Jawa Timur, dan Riau. Dilaporkan juga bahwa ada 13 bayi yang terlahir dengan infeksi HIV.

Anak-anak. Hingga saat ini prevalensi HIV/AIDS pada penduduk usia 15–29 tahun diperkirakan masih di bawah 0,1 persen.<sup>8</sup> Anak yang terkena dampak HIV/AIDS masih rendah jumlahnya bila dibandingkan dengan negara-negara lainnya. Jumlah kasus AIDS yang dilaporkan pada anak berusia 0–4 tahun adalah 12 orang, usia 5–14 tahun sebanyak empat orang, dan antara usia 15–19 tahun 67 orang.<sup>9</sup> Jumlah ini masih jauh dibawah angka yang sebenarnya, sehingga sangat perlu untuk menggalakkan sistem pengawasan pada setiap tingkatan.

### Program Pemberantasan

Program pemberantasan HIV AIDS yaitu layanan *Voluntary Counseling and Test (VCT)*, Program Terapi Rumatan Metadone (PTRM), Program Pertukaran Jarum Suntik Steril (PJSS), *Prevention Mother to Child Transmission (PMTCT)*, Program TB-HIV Care, Support and



*Treatment* (CST) di RS Rujukan HIV-AIDS, dan ARV di Puskesmas Kecamatan.

a. Voluntary Counseling and Test (VCT)

Konseling dalam VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggungjawab, pengobatan antiretroviral (ARV) dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait dengan HIV/AIDS yang bertujuan untuk perubahan perilaku ke arah perilaku lebih sehat dan lebih aman (Pedoman Pelayanan VCT, 2006).

b. Program Terapi Rumatan Metadone (PTRM)

Metadon bukan terapi untuk menyembuhkan ketergantungan heroin, terapi ini membuat pola kebiasaan baru, kesempatan berpikir, bekerja, menimbang, dan memilih bagi penggunanya tanpa kekuatiran akan terjadinya gejala putus heroin, dan membantu klien memutuskan hubungan dari lingkaran pengguna heroin. Prinsipnya adalah adanya perubahan perilaku.

Manfaat metadon yaitu membuat stabil mental emosional klien sehingga dapat menjalani hidup normal, penggunaan metadon lebih murah daripada penggunaan heroin, metadon dapat mendorong klien hidup sehat, penggunaan metadon dapat membuat klien meninggalkan kebiasaan berbagi peralatan suntik sehingga menurunkan resiko penularan HIV/AIDS, Hepatitis C/B, memungkinkan klien mengatasi masalah putus heroin dengan sedikit lebih nyaman, menurunkan tindak criminal.

c. Program Penyediaan Jarum Suntik dan Pemusnahan Jarum Suntik Bekas (Perjasun)

Perjasun adalah suatu rangkaian kegiatan dalam penyediaan dan pemberian paket jarum suntik steril di Puskesmas bagi penasun, serta pemusnahan limbah jarum suntik bekas yang telah diamankan. Program ini juga meliputi pendidikan, pemberian



informasi, dan komunikasi untuk mengubah perilaku beresiko dalam rangka pencegahan infeksi menular lewat darah.

d. *Prevention Mother to Child Transmission (PMTCT)*

Program untuk pencegahan penularan dari ibu ke anak (PMTCT) HIV termasuk pemeriksaan antenatal HIV dan counselling, menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, penyediaan antiretroviral (ARV) bagi ibu-ibu dan bayi baru lahir, dan dukungan untuk pilihan pemberian makanan bayi yang lebih aman dan praktek.

e. Program *TB-HIV Care, Support and Treatment (CST)* di RS Rujukan HIV-AIDS

Memulai terapi HIV dan TB secara bersamaan memperbaiki ketahanan hidup dengan pengobatan secara bersamaan dikaitkan dengan kurang lebih 65% penurunan kemungkinan kematian, bahkan apabila memperhitungkan faktor lain. Para peneliti mencatat bahwa manfaat ketahanan hidup secara khusus terbukti tak lama setelah mulai pengobatan, dengan pengobatan secara bersamaan dikaitkan dengan risiko kematian yang 85% lebih rendah setelah enam bulan dan 67% setelah 12 bulan. Walaupun menarik, para peneliti tidak dapat menyimpulkan bahwa itu adalah manfaat yang sesungguhnya dari pengobatan secara bersamaan dan bukan hasil dari dampak pembaur yang tidak diketahui.

### **Kebijakan Pengendalian**

Sebagian besar kasus HIV dan AIDS terjadi pada kelompok perilaku risiko tinggi yang merupakan kelompok yang dimarginalkan, maka program-program pencegahan dan pengendalian HIV dan AIDS memerlukan pertimbangan keagamaan, adat-istiadat dan norma-norma masyarakat yang berlaku di samping pertimbangan kesehatan. Penularan dan penyebaran HIV dan AIDS sangat berhubungan dengan perilaku berisiko, oleh karena itu pengendalian harus memperhatikan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku tersebut.



a. Kebijakan Umum Pengendalian HIV dan AIDS Sektor Kesehatan :

1. Upaya pencegahan yang efektif termasuk penggunaan kondom 100% pada setiap hubungan seks berisiko, semata-mata hanya untuk memutus rantai penularan HIV.
2. Upaya pengendalian HIV dan AIDS merupakan upaya-upaya terpadu dari peningkatan perilaku hidup sehat, pencegahan penyakit, pengobatan dan perawatan berdasarkan data dan fakta ilmiah serta dukungan terhadap ODHA.
3. Upaya pengendalian HIV dan AIDS diselenggarakan oleh masyarakat, pemerintah, dan LSM berdasarkan prinsip kemitraan. Masyarakat dan LSM menjadi pelaku utama sedangkan pemerintah berkewajiban mengarahkan, membimbing dan menciptakan suasana yang mendukung terselenggaranya upaya pengendalian HIV dan AIDS.
4. Upaya pengendalian HIV dan AIDS diutamakan pada kelompok masyarakat berperilaku risiko tinggi tetapi harus pula memperhatikan kelompok masyarakat yang rentan, termasuk yang berkaitan dengan pekerjaannya dan kelompok marjinal terhadap penularan HIV and AIDS.

b. Kebijakan Operasional Pengendalian HIV dan AIDS Sektor Kesehatan

1. Pemerintah pusat bertugas melakukan regulasi dan standarisasi secara nasional kegiatan program AIDS dan pelayanan bagi ODHA.
2. Penyelenggaraan dan pelaksanaan program dilakukan sesuai azas desentralisasi dengan Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program.
3. Pengembangan layanan bagi ODHA dilakukan melalui pengkajian menyeluruh dari berbagai aspek yang meliputi: situasi epidemi daerah, beban masalah dan kemampuan, komitmen, strategi dan perencanaan, kesinambungan, fasilitas, Sumber Daya Manusia (SDM) dan pembiayaan.



Sesuai dengan kewenangannya, pengembangan layanan ditentukan oleh Dinas Kesehatan.

4. Setiap pemeriksaan untuk mendiagnosa HIV dan AIDS harus didahului dengan penjelasan yang benar dan mendapat persetujuan yang bersangkutan (informed consent). Konseling yang memadai harus diberikan sebelum dan sesudah pemeriksaan dan hasil pemeriksaan diberitahukan kepada yang bersangkutan tetapi wajib dirahasiakan kepada pihak lain.
5. Setiap pemberi pelayanan berkewajiban memberikan layanan tanpa diskriminasi kepada ODHA dan menerapkan prinsip :
  - a) Keberpihakan kepada ODHA dan masyarakat (patient and community centered).
  - b) Upaya mengurangi infeksi HIV pada pengguna Narkotika Alkohol Psikotropika Zat Adiktif (NAPZA) suntik melalui kegiatan pengurangan dampak buruk (harm reduction) dilaksanakan secara komprehensif dengan juga mengupayakan penyembuhan dari ketergantungan pada NAPZA.
  - c) Penguatan dan pengembangan program diprioritaskan bagi peningkatan mutu pelayanan, dan kemudahan akses terhadap pencegahan, pelayanan dan pengobatan bagi ODHA.
  - d) Layanan bagi ODHA dilakukan secara holistik, komprehensif dan integratif sesuai dengan konsep layanan perawatan yang berkesinambungan.

## Tantangan

Tantangan terbesar. HIV/AIDS di Indonesia adalah sebuah epidemi. Saat ini epidemi HIV ini masih terkonsentrasi, dengan tingkat penularan HIV yang rendah pada populasi umum, namun tinggi pada



populasi-populasi tertentu. Ancaman epidemi telah terlihat melalui data infeksi HIV yang terus meningkat khususnya di kalangan kelompok berisiko tinggi di beberapa tempat di Indonesia. Hal ini menunjukkan bahwa HIV/AIDS telah menjadi ancaman bagi Indonesia. Diperkirakan bahwa pada 2010 akan ada sekitar 110.000 orang yang menderita atau meninggal karena AIDS serta sekitar sejuta orang yang mengidap virus HIV.

Sumber daya manusia yang kompeten, baik level manajerial maupun level pelaksana dilapangan merupakan salah satu tantangan dalam upaya integrasi. Beberapa tenaga teknis di lapangan misalnya; Petugas Penjangkau dan Pendamping, Konselor HIV dan AIDS, Manajernen Kasus, dan *buddies* masih dirasakan kurang baik dalam hal jumlah maupun kapasitas oleh sebagian besar informan dalam penelitian ini. Sedang di level penyedia layanan kesehatan, Kemenkes telah membuat kebijakan tentang Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah, yakni Permenkes No. 1199/Menkes/PER/X/2004. Regulasi ini masih dirasa kurang memayungi karena kebutuhan sumber daya manusia di program HIV dan AIDS tidak hanya di sarana kesehatan milik pemerintah, tapi di instansi terkait lainnya.

Ketersediaan dan pemerataan tempat layanan kesehatan, seperti Rumah Sakit, Puskesmas dan klinik kesehatan merupakan permasalahan yang masih perlu perhatian terkait upaya integrasi ini. Akses dalam artian jarak, ketersediaan dan kualitas penting bagi ODHA dan populasi kunci mengingat mobilitas kelompok kunci dan ODHA yang sekarang tidak hanya terpusat di kota besar (Ibu Kota Provinsi). Penganggaran dan pendanaan adalah bukti nyata dukungan pemerintah terhadap permasalahan HIV dan AIDS. Data KPAN (2008 dan 2010) menunjukkan semakin meningkatnya proporsi pendanaan domestik, namun sebagian besar masih berasal dari bantuan luar. Saat ini Undang-Undang BPJS sudah diberlakukan dan mempengaruhi sistem pendanaan dan pelayanan kesehatan di Indonesia termasuk penanggulangan HIV dan AIDS.



Kebijakan tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan kesehatan Nasional sudah dikeluarkan dalam bentuk Permenkes dan Surat Edaran Menteri. Bagaimana ODHA dan populasi kunci mengakses pelayanan kesehatan di era BPJS menjadi tantangan tersendiri dalam sistem jaminan kesehatan yang baru ini.

Upaya pengurangan stigma dan diskriminasi telah dilakukan mulai dari *set-up* program sampai pada pengembangan lingkungan mendukung (*enabling environment*). Namun, sampai saat ini stigma dan diskriminasi masih terjadi baik dari masyarakat umum maupun dari penyedia layanan. Kelompok waria sampai saat ini masih menerima diskriminasi dan stigma yang sangat keras. Perwakos sebagai lembaga yang aktif terlibat dalam program penanggulangan dan pencegahan HIV dan AIDS, sampai saat ini masih sering mendapat stigma dan diskriminasi terutama ODHA waria. Kasus ODHA waria yang meninggal di Surabaya dan dikembalikan ke kampung halaman dan mendapat penolakan dari masyarakat. Sisi lain, sampai saat ini sikap dan perilaku tenaga medis dan para medis terhadap ODHA semakin baik, namun tidak sedikit yang masih mendiskriminasi ODHA. Hal ini mengindikasikan bahwa masih perlunya peningkatan pengetahuan dan peningkatan kapasitas tenaga kerja kesehatan tentang HIV dan AIDS.

### **Kaitan Budaya Dalam HIV/AIDS**

Contoh Kasus HIV/AIDS Di Daerah Papua:

Penyakit HIV/AIDS di Papua semakin memprihatinkan karena jumlah penderita HIV-AIDS dari tahun ke tahun terus meningkat sejak tahun 1979. Kondisi budaya masyarakat Papua dan rendahnya tingkat pendidikan yang turut menunjang risiko terjangkitnya penyakit HIV-AIDS di Papua. Faktor pemicu lainnya seperti taktor ekonomi, gaya hidup dan *broken home*. Pemerintah telah berusaha dengan menetapkan kebijakan nasional ABC atau *abstinence, be faithful dan condom*, dalam rangka penanggulangan HIV-AIDS, namun belum menunjukkan hasil yang bermakna, bahkan beberapa penelitian merekomendasikan adanya



penelitian tentang model lokal penanggulangan HIV-AIDS di Papua. Penelitian ini dilakukan untuk mencari bentuk model lokal dalam kaitannya dengan penanggulangan HIV -AIDS di Papua.

Masyarakat Papua dengan budaya dan kebiasaannya mempunyai risiko terjangkit penyakit AIDS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku seks bebas dan minuman keras mempunyai pengaruh terhadap risiko terjangkit penyakit AIDS. Penelitian menyimpulkan bahwa frekuensi hubungan seks pranikah dan juga di luar nikah sangat tinggi. Hal ini didasarkan pada penelitian yang menyatakan bahwa lebih dari 65% remaja menyetujui hubungan intim (seks). Kasus pemerkosaan yang dilakukan oleh anak remaja tahun 1998 adalah 28%.

Prilaku masyarakat bisa diukur dengan beberapa indicator yaitu :

#### 1. Seks bebas dan miras import

Analisis epidemiologi menunjukkan bahwa perilaku seks bebas pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 11 kali dibandingkan dengan masyarakat yang tidak melakukan seks bebas (kelompok kontrol). Analisis epidemiologi menunjukkan bahwa perilaku minum minuman keras pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 4 kali dibandingkan dengan masyarakat yang tidak minum minuman keras.

#### 2. Miras lokal dan narkoba

Analisis epidemiologi OR menunjukkan bahwa perilaku minum minuman keras lokal pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 4 kali dibandingkan dengan masyarakat yang tidak minum minuman keras lokal (kelompok kontrol).

#### 3. Merosotnya nilai agama

Analisis epidemiologi menunjukkan bahwa perilaku nilai agama merosot pada masyarakat yang memiliki risiko terinfeksi HIV-AIDS 4 kali dibandingkan dengan masyarakat yang menjalankan nilai agama dengan baik.



### Perilaku tokoh adat

Terlihat bahwa untuk nilai adat dan seks bebas sudah tidak ada perbedaan akibat modernisasi dan juga tekanan ekonomi hanya 29%. Di samping itu, peran adat semakin melemah dibandingkan dengan peran pemerintah. Hal yang sama juga terjadi pada modei seks dalam masyarakat adat. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa miras semakin bebas dan sulit dikontrol oleh masyarakat adat, serta hanya 57% masyarakat adat yang masih menggunakannya. Nilai pendidikan dan adat pun tidak bermakna, demikian juga dengan nilai agama tidak ada perbedaan yang bermakna. Narkoba dan perilaku menyimpang serta informasi AIDS masih 71%. Peneliti melakukan inventarisasi terhadap faktor – faktor yang menyebabkan perilaku tidak sehat atau budaya yang bersifat negatif. Di sana Banyak anak muda yang kacau-kacau, kurang jelas, tidak mempunyai tempat tinggal, ikut ke sana ke mari. Kalau mau makan masuk sembarang di rumah orang, teman, om-om dorang, kakak, adik...” “...Kalau anak laki-laki biasanya kerja borong atau kerja harian, kalau anak perempuan lebih mudah cari uang yaitu dengan ‘jual diri’, kalau anak laki-laki yang pamalas biasa curi-curi atau copet-copet di pasar...” dan anak perempuan yang tidak punya uang menjual diri.

### Latihan 9

1. Pengertian dari penyakit AIDS adalah ...

- Kumpulan gejala atau penyakit yang disebabkan oleh menurunnya kekebalan tubuh akibat infeksi oleh virus HIV
- Penurunan kekebalan tubuh karena komplikasi kesakitan
- Retrovirus RNA
- Sebuah *retrovirus* yang memiliki genus *lentivirus*
- Penyakit bawaan

2. Pengobatan HIV AIDS dapat dibagi dalam tiga kelompok yaitu ...

- Pengobatan suportif, pengobatan infeksi oportunistik, pengobatan antiretroviral (ARV).



- b. Pengobatan dengan antibiotik tingkat tinggi
- c. Pengobatan dengan anti alergi
- d. Pengobatan alternatif dengan jamu-jamuan
- e. Obat dengan kadar anti nyeri yang tinggi

3. Kebijakan Umum Pengendalian HIV dan AIDS Sektor Kesehatan adalah ...

- a. Upaya pencegahan yang efektif termasuk penggunaan kondom 100% pada setiap hubungan seks berisiko, semata-mata hanya untuk memutus rantai penularan HIV.
- b. Upaya pengendalian HIV dan AIDS merupakan upaya-upaya terpadu dari peningkatan perilaku hidup sehat, pencegahan penyakit, pengobatan dan perawatan berdasarkan data dan fakta ilmiah serta dukungan terhadap ODHA.
- c. Upaya pengendalian HIV dan AIDS diselenggarakan oleh masyarakat, pemerintah, dan LSM berdasarkan prinsip kemitraan. Masyarakat dan LSM menjadi pelaku utama sedangkan pemerintah berkewajiban mengarahkan, membimbing dan menciptakan suasana yang mendukung terselenggaranya upaya pengendalian HIV dan AIDS.
- d. Upaya pengendalian HIV dan AIDS diutamakan pada kelompok masyarakat berperilaku risiko tinggi tetapi harus pula memperhatikan kelompok masyarakat yang rentan, termasuk yang berkaitan dengan pekerjaannya dan kelompok marginal terhadap penularan HIV and AIDS.
- e. Semua benar

4. Kebijakan Operasional Pengendalian HIV dan AIDS Sektor Kesehatan adalah ...

- a. Pemerintah pusat bertugas melakukan regulasi dan standarisasi secara nasional kegiatan program AIDS dan pelayanan bagi ODHA.



- b. Penyelenggaraan dan pelaksanaan program dilakukan sesuai azas desentralisasi dengan Kabupaten/kota sebagai titik berat manajemen program.
- c. Pengembangan layanan bagi ODHA dilakukan melalui pengkajian menyeluruh dari berbagai aspek yang meliputi: situasi epidemi daerah, beban masalah dan kemampuan, komitmen, strategi dan perencanaan, kesinambungan, fasilitas, Sumber Daya Manusia (SDM) dan pembiayaan.
- d. Setiap pemeriksaan untuk mendiagnosa HIV dan AIDS harus didahului dengan penjelasan yang benar dan mendapat persetujuan yang bersangkutan (informed consent).
- e. Semua benar.

5. Program pemberantasan HIV AIDS yaitu

- a. Layanan *Voluntary Counseling and Test*(VCT) dan Program Terapi Rumatan Metadone (PTRM),
- b. Program Pertukaran Jarum Suntik Steril (PJSS)
- c. *Prevention Mother to Child Transmission* (PMTCT)
- d. Program TB-HIVCare, *Support and Treatment* (CST) di RS Rujukan HIV-AIDS, dan ARV di Puskesmas Kecamatan.
- e. Semua benar



## DAFTAR PUSTAKA

- Asan, A. Hak reproduksi sebagai etika global dan implementasinya dalam pelayanan KB di NTT. BKKBN. (2007).
- Convention Watch. Hak azasi perempuan instrument hukum untuk mewujudkan keadilan gender. Jakarta. YayasanObor Indonesia. (2007).
- Data Statistik Indonesia. *Angka Kematian Anak*. [http://www.datastatistik-indonesia.com/portal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=430&Itemid=430](http://www.datastatistik-indonesia.com/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=430&Itemid=430).
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, "Kesehatan Reproduksi di Indonesia", Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Jakarta. (1996).
- Departemen Kesehatan RI. Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu. Jakarta. (2002).
- Everett S. Kontrasepsi dan Kesehatan Seksual Reproduksi EGC. Jakarta. (2012).
- Kartono. Kontradiksi Dalam Kesehatan Reproduksi. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta. (1998).
- Manuaba. Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. EGC. Jakarta (1998).
- Pinem. Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi. Trans Info Media. Jakarta. (2009).
- Prawirohardjo, S. Bunga rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial. Jakarta. (2009).
- Purwieningru, E. Gender dalam Kesehatan Reproduksi. [www.bkkbn.go.id](http://www.bkkbn.go.id). Jakarta. (2008).
- Sebagariang, dkk. Kesehatan Reproduksi Wanita. Trans Info Media. Jakarta. (2010).
- Surya, Adi. Kesehatan reproduksi dalam prespektif gender. [www.google.com](http://www.google.com). (2011).
- Moeloek, Nila Djuwita Farid. *Antisipasi Perubahan Kependudukan dan Millennium Development Goals*. Handout Kuliah Kelangsungan Hidup Anak. 2013.



<http://www.bkkbn.go.id/litbang/pusdu/Hasil%20Penelitian/SDKI%202012/Laporan%20Pendahuluan%20SDKI%202012.pdf>.

<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/16186/5/Chapter%20I.pdf>,

<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/17422/4/Chapter%20II.pdf>

[repcsitory.unhas.ac.id/bitstream/.../PEMBAHASAN%20SKRIPSI.docx?](http://repository.unhas.ac.id/bitstream/.../PEMBAHASAN%20SKRIPSI.docx)

<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/30598/4/Chapter%20I.pdf>.

<http://www.undp.or.id/pubs/imdg2005/BI/TUJUAN%204.pdf>.